Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Health and Welfare in Canada

Canada

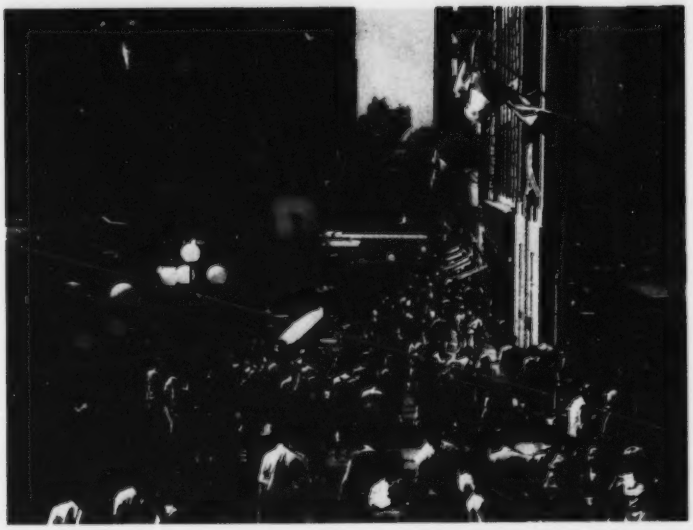
89-05024/

Published by authority of the
Minister of National Health and Welfare
1989

Également disponible en français sous le titre
« La Santé et le Bien-être social au Canada »

©Minister of Supply and Services Canada 1989
Cat. H21-102/1989E
ISBN 0-662-16279-X

Health and Welfare in Canada



Introduction 3
A history of progress 5
Shared responsibilities 10
Health and welfare expenditures 12
A healthy people 14
Social support for Canadians 21
- Families 22
- Seniors 26
- Disabled persons 31
- The low-income population 35

Research at home, co-operation abroad 38

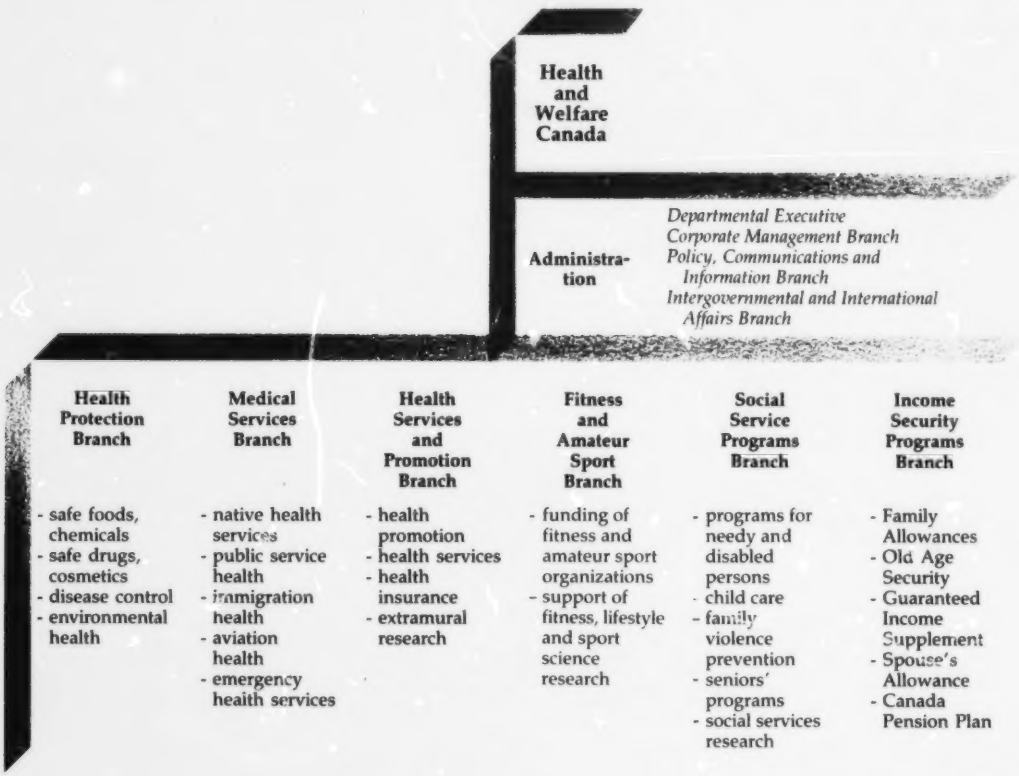
Introduction

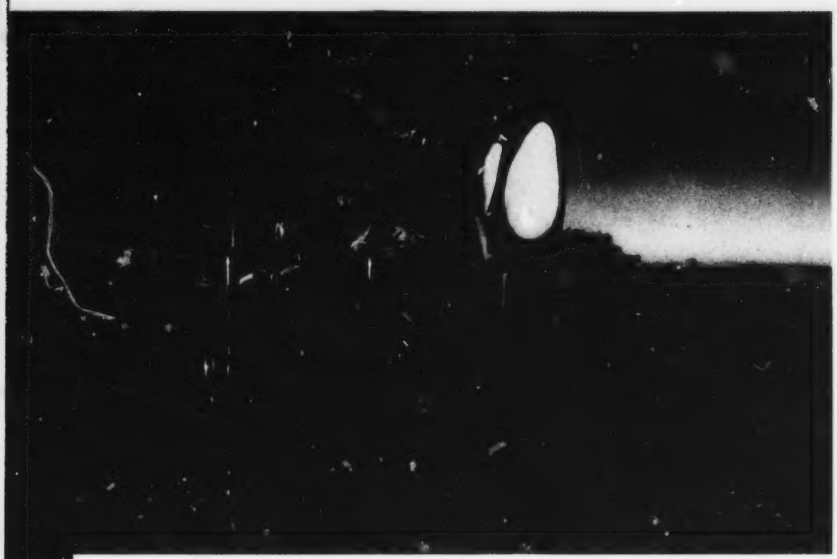
Canada's comprehensive health and welfare system has evolved within the comparatively short span of this country's history. The system has been shaped by geographic and demographic forces as well as by social and economic traditions.

While Canadians are primarily responsible for their own health and welfare, they are supported by an active and dedicated voluntary sector as well as by governments at all levels — municipal, provincial and federal. At the federal level, Health and Welfare Canada is the agency responsible for promoting and preserving health and social well-being.

Health and Welfare Canada has seven program areas: Health Services and Promotion; Social Service Programs; Medical Services; Health Protection; Income Security Programs; Fitness and Amateur Sport; and Departmental Administration, comprising the Policy, Communications and Information Branch, the Intergovernmental and International Affairs Branch, the Corporate Management Branch and the Departmental Executive.

Figure 1 Health and Welfare Canada at a Glance





This report offers an overview of Canada's health and welfare system and of the role played by Health and Welfare Canada. The report concentrates on those programs and activities of most direct concern to the Department — income maintenance, social services and health. Other elements of national social policy such as housing and education are not dealt with in any detail. Similarly, while the report mentions many of the activities undertaken by voluntary organizations, it does not attempt to give a comprehensive picture of the commitment of volunteers to health and welfare concerns.

The report begins by looking at how Canada's health and welfare system has evolved, from such public health measures as quarantine and vaccination to the comprehensive network of programs and services in place today. It then reviews the interactions between the voluntary and private sector, governments and the Department, and follows with a brief discussion of public spending on health and welfare. The report turns next to a discussion of the relative health of Canadians, the Department's efforts to promote and preserve their health, and Canada's health care system. The support given to families, seniors, disabled persons and the low-income population — in terms of both social services and income security — is reviewed in the following chapter. The report concludes with a synopsis of Canada's activities in research and international co-operation.

Since the report is an overview of health and welfare activity in Canada and the role of major organizations, it does not fill all the potential information needs in this complex field. For readers interested in more detailed information, Health and Welfare Canada produces many printed and audio-visual materials which can be obtained from the Communications Directorate.

A history of progress

Canadians are proud of their health and welfare system. Over the past century, the people of Canada have established a tradition of accessible health care and equitable welfare programs that are among the finest in the world. Today, more services are available than ever before, and more and more people are using them.

In the primarily rural society of early Canada, health and welfare was very much the responsibility of individuals and their families, supported by charitable activities of churches and communities. Financial help for the poor in pre-Confederation Canada was a function of parishes, municipalities, philanthropic organizations, friends and relatives. The federal and provincial governments did not intervene in relief initiatives for the poor on a large scale until the turn of the century or later.

As Canada developed, all levels of government — federal, provincial and municipal — introduced measures to ensure a good standard of living for everyone.

The first services

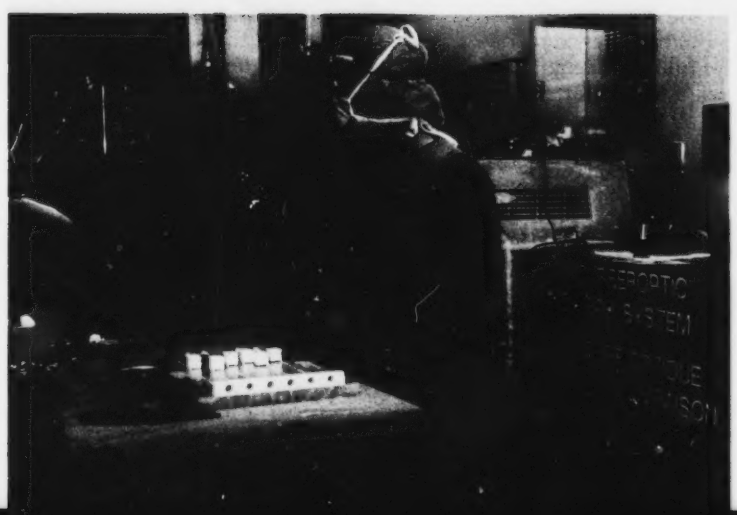
In the eighteenth and nineteenth centuries, the major threats to health came from infectious diseases. These threats gave rise to public health measures such as quarantine and vaccination. Hospitals were established by charitable and religious organizations.

By the beginning of the twentieth century, licensing standards for physicians had been set by self-regulating, professional bodies, medical colleges established, nursing standards and hospital conditions improved, and institutions founded for the mentally ill, the tubercular, the blind and the deaf. Major voluntary organizations such as Children's Aid Societies and the Red Cross were also established.

Between the two World Wars, such important medical discoveries as the isolation of insulin by Frederick Banting and Charles Best took place, and the first Canadian research institutions were established. Provinces and municipalities became increasingly involved in financing hospitals and providing medical care for those in need. Physicians sponsored a variety of medical care insurance plans.

Industrialization, urbanization and the depressed economic conditions of the 1930s provided the environment for the development of more extensive public health and welfare services. New initiatives included provincially administered workers' compensation and mothers' allowances programs, old age pensions administered by Health and Welfare Canada for those in need, and the federally administered **Unemployment Insurance** program.

The 1940s saw a new approach to income support involving universal payments. The first universal program, **Family Allowances**, provided cash benefits for virtually all Canadian children under the age of 16.



Dynamic post-war growth

World War II gave impetus to medical research and experimentation in Canada. Great strides were made in medical and surgical techniques, and rehabilitative and physical medicine.

The post-war period was also characterized by increasing health costs and significant attempts by governments to make medically necessary services available for everyone. Although federal-provincial discussions on a nation-wide health insurance system took place early in this period, no agreement was reached. Consequently, the government of Saskatchewan proceeded independently and, in 1946, introduced the first government-sponsored, province-wide universal hospital insurance program. British Columbia and Alberta followed in 1949. In 1957, Parliament passed legislation permitting the federal government to share in the costs of provincial hospital insurance plans that met minimum eligibility and coverage standards. By 1961, all provinces had qualifying plans and were eligible for federal contributions from Health and Welfare Canada.

The federal *Food and Drug Act*, administered by the Health Protection Branch, was introduced in 1953 to ensure a high standard of safety and nutritious quality of foods, plus the safe and efficacious production and use of drugs and cosmetics sold in Canada.

Welfare measures such as income maintenance and social services also expanded dramatically after the war. Health and Welfare Canada's **Old Age Security** program of 1951 was one of Canada's major initiatives in income support. The program provided a universal, flat-rate pension to all people aged 70 and over. Benefits were later extended to those aged 65 and over.

Provinces continued to develop their health and welfare programs throughout the 1950s. The federal government, through the Social Service Programs Branch, expanded its cost-sharing initiatives to programs for disabled, blind and unemployed persons.

The 1960s

In 1962, Saskatchewan introduced the first universal medical care insurance program. Under the *Medical Care Act* of 1968, the federal government agreed to share the cost of such plans with the provinces and, by 1972, all provinces and territories had medical insurance plans satisfying broad national standards. Canadians would henceforth have universal access to public insurance against costs of all medically necessary hospital and medical services.

The 1960s also saw major progress in the development of the welfare system. In 1961, the federal government passed the *Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Act*. Under this Act, the Department covers 50 percent of provincial costs of providing comprehensive vocational rehabilitation services to physically or mentally disabled persons. The Act is administered by the Social Service Programs Branch.

In 1966, the federal government introduced the **Canada Pension Plan** — another major step in Canadian public policy. The plan protects contributors and their families against loss of income in the event of retirement, disability and death, and is compulsory for all employed Canadians. Administered by the Income Security Programs Branch, the **Canada Pension Plan** operates in all provinces and territories except Quebec, which has a comparable plan, the **Quebec Pension Plan**.

The **Guaranteed Income Supplement**, introduced in 1967, provides supplementary benefits to low-income Old Age Security pensioners. This program, like the **Canada Pension Plan**, is administered by the Income Security Programs Branch.

The **Canada Assistance Plan** of 1966 subsumed several federal-provincial cost-sharing mechanisms, including those involving disabled and blind persons, and ensured standard, universal coverage throughout Canada. Under this legislation administered by the Social Service Programs Branch, Health and Welfare Canada cost-shares on a 50:50 basis provincial and municipal financial assistance benefits and approved welfare services for Canada's neediest citizens.

The 1970s

In 1974, "A New Perspective on the Health of Canadians" set new directions by identifying the four major factors that affect health: environment, lifestyle, biology and health care.

In the 1970s, significant changes to the **Unemployment Insurance** program extended coverage to almost all employees. Existing benefits were improved and benefits to compensate for loss of income caused by sickness, maternity and retirement were introduced.

Health and Welfare Canada's **Family Allowances** program was also extended to increase benefits and to include dependent children up to the age of 18. The **Child Tax Credit** program of 1978 provides additional benefits to low- and middle-income recipients of Family Allowances.

In 1975, a **Spouse's Allowance** was established for Old Age Security pensioners' spouses aged 60–64 with low incomes. These one-pensioner couples are thus ensured a minimum income.

The 1980s

The *Canada Health Act* of 1984 consolidated previous legislation on hospital and medical care insurance and clarified the broad national standards that provincial plans must meet to qualify for federal funding. The Act was structured so as to discourage doctors and hospitals from levying direct charges on patients. It is administered by the Health Services and Promotion Branch.

Throughout the 1980s, the Health Services and Promotion Branch and the Fitness and Amateur Sport Branch, in co-operation with provincial/territorial governments and professional and voluntary organizations, developed and implemented public awareness and education programs which promote health and encourage Canadians to avoid health risks. These programs focussed on issues such as physical activity and fitness, smoking, alcohol and drug use, and nutrition. At the same time, Health and Welfare Canada devoted considerable effort to encouraging Canadians to adopt lifestyles which enhance physical, mental and social well-being.

Specific initiatives include a national discussion document in 1986 entitled "Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion", which proposed a comprehensive health promotion strategy to address current health challenges. In the next year, the government introduced the **National Drug Strategy**.

Figure 2 Milestones in Health and Welfare in Canada

1867 — British North America Act

1884 — first provincial Public Health Act

1890s — voluntary organizations established

1914 — first provincial workers' compensation program
1916 — first provincial mothers' allowance program

1920s — initial municipal hospital plans
1927 — Old Age Pension

1930s — physician-sponsored medical care plans
1930 — War Veterans' Allowance
1930-37 — Unemployment Relief Acts

1941 — Unemployment Insurance
1945 — Family Allowances
1946 — first provincial hospital care insurance program
— Civilian War Pensions and Allowances
1948 — National Health Grants

1951 — Blind Persons Allowances
— Old Age Assistance
— Old Age Security
1953 — Food and Drug Act
1954 — Disabled Persons Allowances
1955 — revised Unemployment Insurance Act
1956 — Unemployment Assistance
1957 — Hospital Insurance and Diagnostic Services Act

Significant advances were made during the 1980s in fields such as organ transplantation, and extensive research was undertaken on heart disease and cancer.

High unemployment and the generally depressed economic circumstances of the early 1980s increased the number of welfare recipients. Governments responded with a new emphasis on job creation and employment

1961	— Fitness and Amateur Sport Act
	— Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Act
1962	— first provincial medical care insurance program
	— National Welfare Grants
1964	— Youth Allowances
1966	— Canada/Quebec Pension Plans
	— Canada Assistance Plan
	— Health Resources Fund
1967	— Guaranteed Income Supplement
1968	— Medical Care Act
1971	— revised Unemployment Insurance Act
1972	— New Horizons
1973	— revised Family Allowances Act
1974	— A New Perspective on the Health of Canadians
1975	— Spouse's Allowance
	— National Health Research and Development Program (NHRDP)
1977	— Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act
1978	— Child Tax Credit
1984	— Canada Health Act
1985	— extension of Spouse's Allowance
	— Agreements re employability of social assistance recipients
1986	— Achieving Health for All
1987	— National Strategy on Child Care
	— National Drug Strategy
1988	— Seniors Independence Program
	— Family Violence Strategy
	— Tobacco Products Control Act

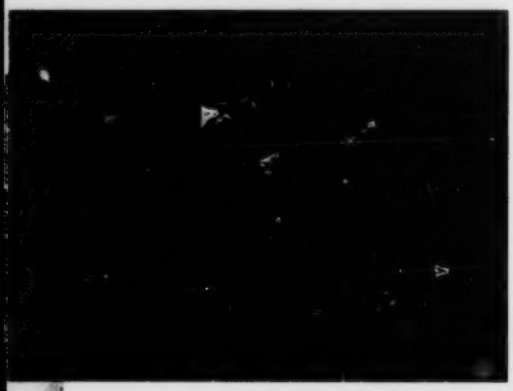
In 1987, a **National Strategy on Child Care** was developed by Health and Welfare Canada to give parents choices in providing care for their children and to improve the availability, affordability and quality of child care in Canada.

In 1988, the federal government announced increased funding to combat family violence and allocated funds to six federal departments, including Health and Welfare Canada.

assistance. In 1985, the federal/provincial/territorial focus on enhancing the employability of social assistance recipients helped to improve job prospects for the unemployed.

Major changes to the **Canada Pension Plan** took place during the 1980s. Disability benefits were increased, a flexible retirement age was introduced and the pension system was made more equitable. The **Spouse's Allowance** was also extended to low-income widows and widowers aged 60-64.

Shared responsibilities



In Canada, health and welfare has traditionally been the responsibility of the individual, supported in many cases by family and friends. Religious and voluntary organizations and local governments support individuals by tailoring services for the community. Over and above these efforts, the provinces have primary responsibility for providing health and welfare services. The federal government, in turn, exercises considerable influence both legislatively and through its financial participation.

The voluntary and private sectors

In Canada, hundreds of voluntary organizations offer assistance to families, youth, seniors, disabled persons and native people. Dedicated Canadian volunteers provide food, clothing and shelter to those in need, counselling in times of crisis, legal aid, homemakers and home support, guidance to delinquents and companionship for the lonely. Voluntary organizations also support fitness, recreational and sporting activities, conduct public advocacy and educational programs, and undertake or support research. Many Canadians rely on the support and experience of these organizations in times of difficulty.

A major service provider in Canada is the private sector. Private companies provide pharmaceuticals, home care, homes for the elderly, residential services for disabled persons and children, day care and other services. Frequently, governments purchase these goods and services.

Municipal/regional activities

Municipalities and regional health departments play significant roles in Canada in environmental and public health. For instance, they manage primary health care services such as the provision of safe water and sewage treatment, and operate public health programs such as food inspection and immunization. Some municipalities also administer social assistance programs and provide social services (along with the provinces).

Provincial activities

For the majority of Canadians, basic health care (hospital and medical services) is insured by the provincial and territorial governments. Provincial governments are responsible for all aspects of health care delivery, including negotiating fees and salaries for health care providers, setting hospital standards, and determining hospital operating and capital budgets. Most provinces also help meet the costs of dental care for children, prescription drugs for senior citizens and other important services.

Provinces (and municipalities) deliver social assistance programs and provide such services as homemakers, counselling and rehabilitation. Health and Welfare Canada shares the cost of most of these programs through the **Canada Assistance Plan**, administered by the Social Service Programs Branch. Provinces are responsible for workers' compensation, and operate shelter assistance and seniors' and children's programs.

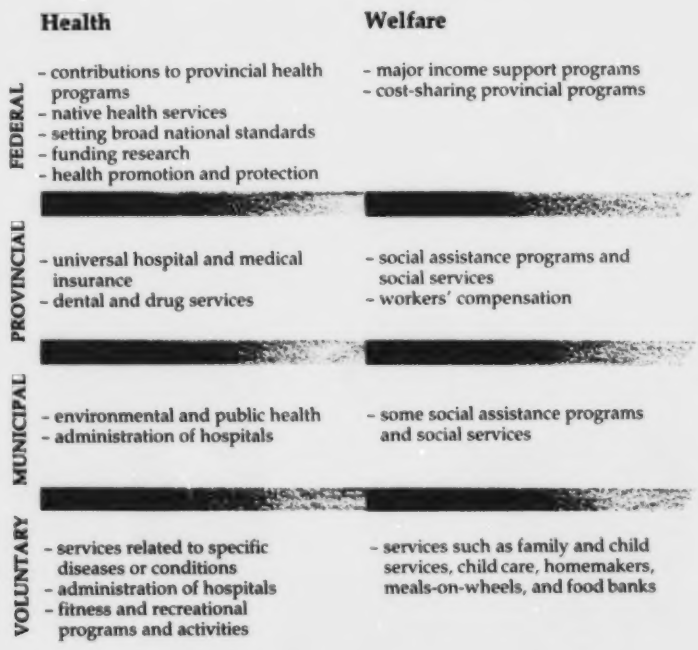
Federal activities

The national budget and consequent spending power of the federal government have helped to shape Canada's health and welfare programs and contribute to the provision of basic benefits and services across the country. Health and Welfare Canada directly funds and operates national income security and health protection programs and provides significant financial support for provincial health and social service programs. In addition, the Department facilitates information sharing and collaborates with the provinces and territories to find solutions to emerging problems.

The Department develops guidelines and standards, promotes healthier, physically active lifestyles, and monitors the safety and quality of foods, drugs and medical devices. A continuing responsibility is the leadership the Department provides in the research and development of innovative approaches to health care and the delivery of welfare services. Much of this work is, of course, done in conjunction with other federal departments and agencies, with provincial and local governments, and with the voluntary and private sectors. At the same time, Health and Welfare Canada provides sustaining grants to national voluntary organizations, and funds research, demonstration, fitness and other social welfare projects undertaken by citizens' groups, universities, and voluntary and other organizations.

Registered Indian and Inuit peoples and other northern residents come under federal jurisdiction. With territorial governments and various federal agencies and regional services, Health and Welfare Canada, through its Medical Services Branch, is committed to preserving and improving the health of the nation's Inuit and Indian population and providing health services to residents of Yukon and the Northwest Territories. A highlight of recent work is the successful negotiation of an agreement to transfer, from the federal government to the Government of the Northwest Territories, the provision of health care services in the Territories.

Figure 3 Distribution of Major Responsibilities



Health and welfare expenditures

As in other major industrialized countries, Canada's expenditures on health and welfare are substantial. Public spending on health and welfare more than doubled from 8.3 percent of the Gross Domestic Product (GDP) in 1960 to 16.7 percent in 1985. In terms of government budgets, health and welfare spending represented 28.6 percent of total government spending in 1960, increasing to 36.1 percent in 1985, a substantial increase in Canada's commitment to preserving health and social well-being.

Provinces are responsible for delivering most health and welfare services. The federal government promotes uniform levels of service across Canada through a system of transfer payments. These transfers take the form of direct payments from federal or provincial governments to specific groups (e.g. senior citizens), or payments from one level of government to another. This co-operative fiscal effort has produced a comprehensive national health care system and an

Figure 4.1 Public Health and Welfare Expenditure as a Percentage of GDP and of Total Public Expenditure, Canada, 1960-85

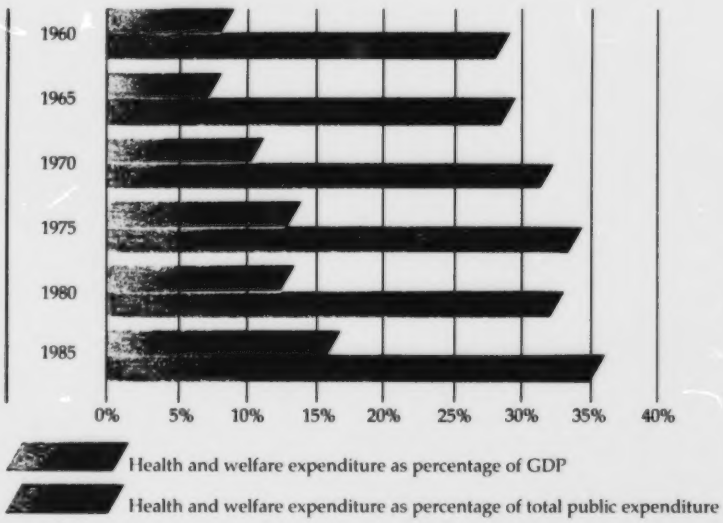
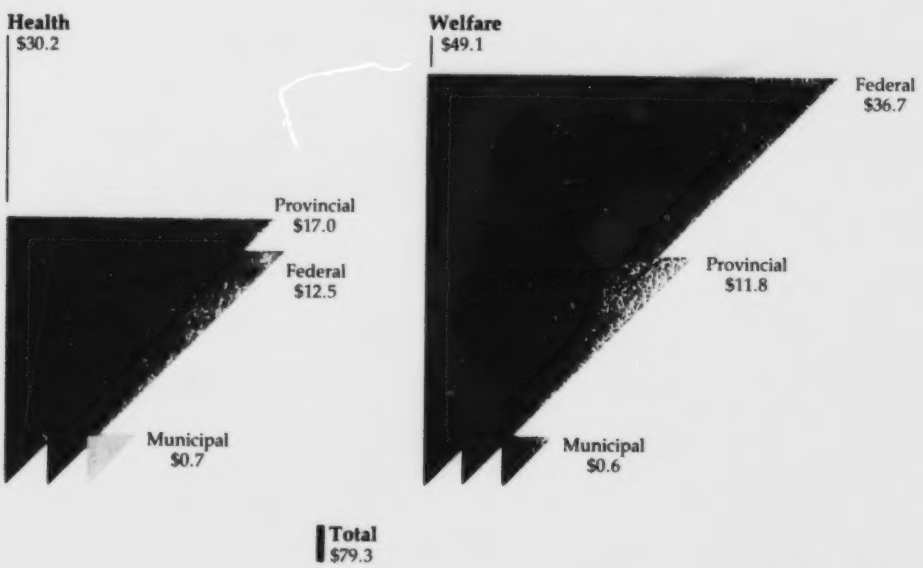


Figure 4.2 Public Health and Welfare Expenditure by Level of Government, Canada, 1985 (in billions)



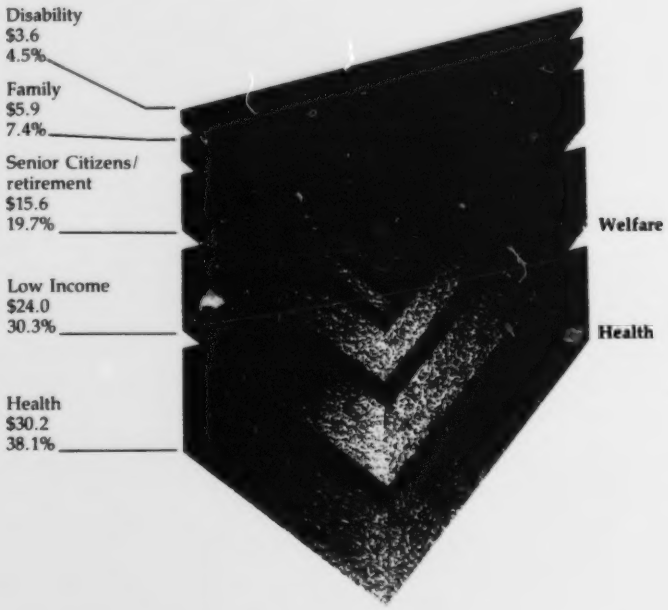
extensive network of income maintenance and social service programs.

Of total public health and welfare expenditures, the relative share of each of the levels of government is approximately 62 percent for federal, 36 percent for provincial and 2 percent for municipal governments. The high federal share reflects the substantial scale of Health and Welfare Canada's **Family Allowances** and **Old Age Security** programs.

Universal health care and support for Canadians with low incomes account for the largest share — approximately one-third each — of total public health and welfare spending. Income maintenance expenditures for seniors account for a substantial share of the remainder.

The scale of health and welfare spending can be put in some perspective by relating these outlays to a measure of a country's aggregate economic output and then comparing this proportion with that of other countries.

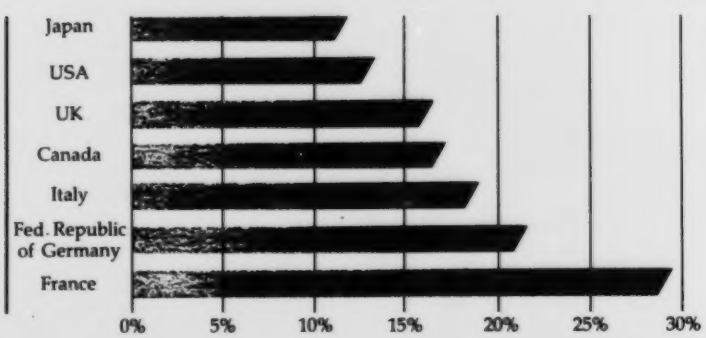
Figure 4.3 Public Health and Welfare Expenditure by Category, Canada, 1985 (in billions)



Canada's spending on health as a proportion of its Gross Domestic Product is very close to the average for countries in the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).

Canada's spending on unemployment insurance, however, is higher than the OECD average, while its pension expenditures are lower, mainly because of a younger population in Canada and emphasis on non-public pension arrangements. In terms of total expenditures, Canada spends slightly less of its GDP on health and welfare than other industrialized countries — 16.7 percent in Canada compared with an average of 18 percent in OECD countries.

Figure 4.4 Health and Welfare Expenditure as a Percentage of GDP, by Country, 1985



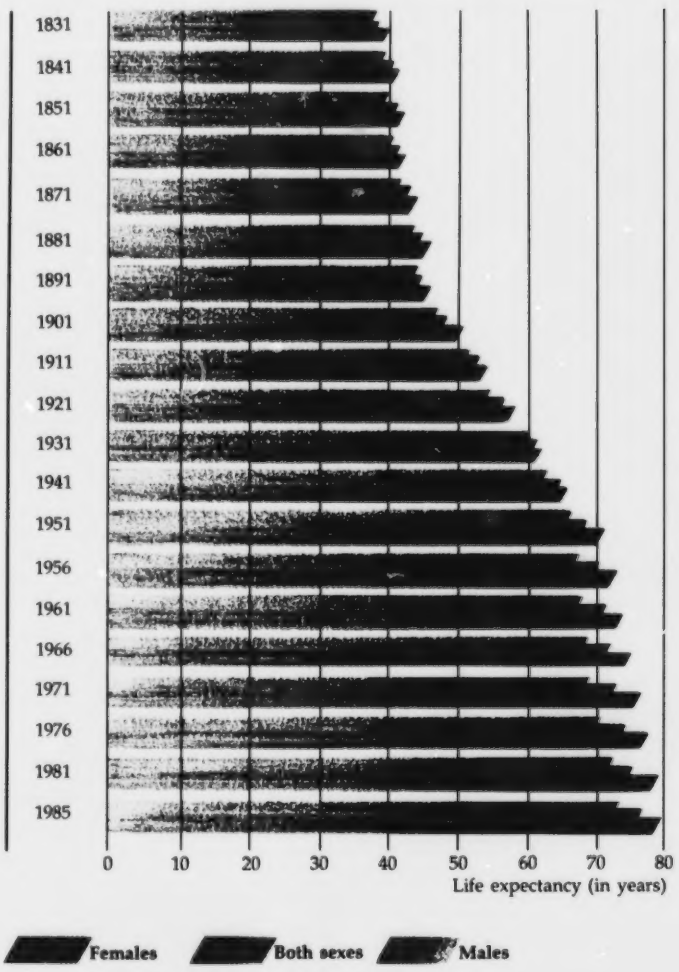
A healthy people

Through the joint efforts of voluntary organizations, professional associations, Canadian citizens and governments, Canada has built a health care system which is one of the most accessible and sophisticated in the world.

Today, Canadians are among the world's healthiest people. With an average life expectancy at birth of 80 years for women and 73 years for men (compared with 62 and 60 years respectively in 1931), Canada ranks among the top ten nations. Canada also has one of the lowest infant mortality rates of any country — just 8 deaths per 1000 live births, compared with 86 per 1000 in 1931.

Significant gains have also been made in combatting certain diseases. For example, over the past 20 years, the number of women aged 25-74 dying from heart disease has decreased by 40 percent, and the number of men by 30 percent. For both sexes, deaths from strokes have decreased by 50 percent.

Figure 5.1 Life Expectancy at Birth, Canada, 1831–1985



While the level of health enjoyed by Canadians is among the highest in the world, there continue to be concerns with respect to health risks, inequalities in health status and health care costs.

Governments at all levels are working towards greater integration of health and social services. For example, in one province, local community health centres are responsible for the social and health needs of their clients. In another, an extra-mural hospital program provides hospital services to patients at home under a physician's care. More emphasis is being placed on comprehensive geriatric care and support mechanisms that help create viable alternatives to institutionalization of the elderly and the disabled, such as meals-on-wheels, home care, respite care and drop-in centres.

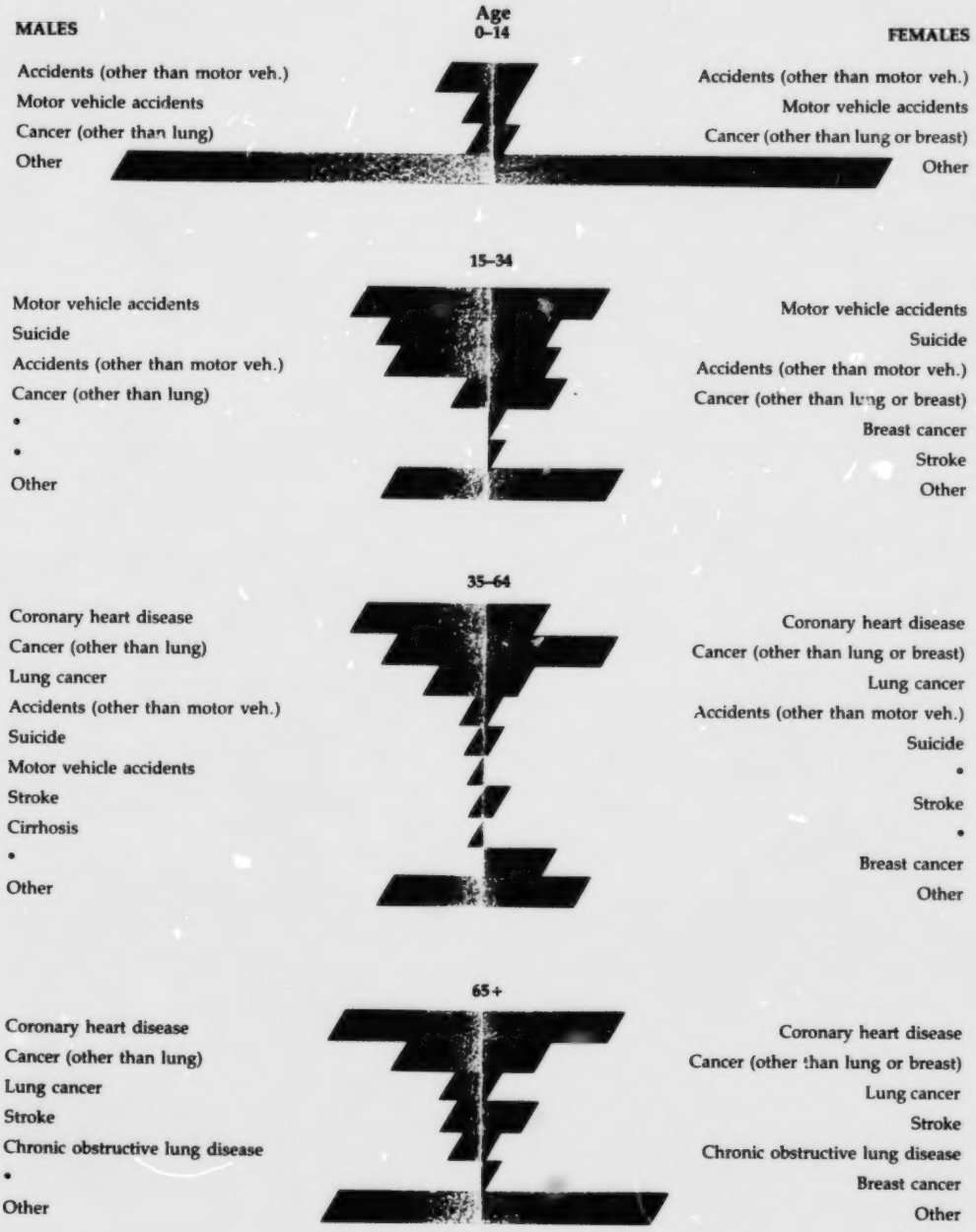
In this century, chronic conditions and mental health problems have replaced communicable diseases as the predominant health problems for Canadians. Conditions such as arthritis, hypertension, cancer, respiratory ailments, depression and dependence on drugs undermine health and quality of life for many Canadians, particularly the elderly. These conditions are greatly influenced by environmental and behavioural risks, including the stress of modern living.

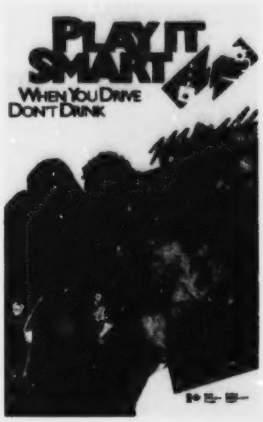
Health promotion and fitness

To help Canadians deal more effectively with chronic disease, disability and the stress of contemporary life, Health and Welfare Canada, through the Health Services and Promotion Branch, has adopted a comprehensive approach to health promotion, as outlined in ''Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion''. Based on the World Health Organization's definition of health promotion as ''the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health'', this framework embodies three major strategies — strengthening public participation, coordinating healthy public policy and strengthening community health services — for developing initiatives which address Canada's health challenges.

The **National Drug Strategy**, launched in May 1987, reflects this approach to health promotion. Eleven federal departments and all of the provinces and territories collaborated extensively in developing and implementing a range of initiatives focussed on the prevention of alcohol and drug abuse. Elements of the strategy include public awareness and information, education and training activities, as well as a community action program designed to combat alcohol and other drug abuse problems at the local level.

Figure 5.2 Principal Causes of Death, Canada, 1986





Funding is also available to enable volunteers to prevent problems in their own communities.

Accidents continue to be the main cause of death for the young. Health and Welfare Canada, in co-operation with the Department of Justice, the Solicitor General and Transport Canada, has recently initiated a long-term program to reduce the incidence of impaired driving, particularly among young people aged 16–24. The program's components include a public awareness campaign, the development of a driver education program on impaired driving, initiatives to develop and implement model programs at the local level, and funding to help community groups to reduce the incidence of impaired driving.

Recognizing that smoking represents the greatest single cause of preventable illness and death in Canada, the federal government has adopted a comprehensive approach to reducing tobacco use. Recent legislation has banned the advertising of tobacco products in Canada. In addition, the Health Services and Promotion Branch has mounted an extensive program to encourage a smoke-free society, in collaboration with the provinces and several national voluntary organizations. The program combines support for research and community action with a range of information and educational activities.

Administered by the Health Services and Promotion Branch, the **Health Promotion Contribution Program** provides support to health agencies and voluntary organizations for community-based activities that enable Canadians to address health issues of concern to them. This support focusses on projects designed to remove obstacles to health experienced by women, disabled persons, seniors, children and adolescents.

The Fitness and Amateur Sport Branch also supports Canadians in achieving improved fitness and healthier lifestyles. Through grants, consultative services, special programs and informational materials, the Branch helps Canadians to discover the personal, social and economic benefits of keeping fit and being physically active. Special initiatives have been directed at priority groups including older adults, youth, disabled persons and employees. The Branch provides

funding and services to national sports organizations, amateur athletes, university researchers and sports scientists. In addition, it assists in staging international events in Canada and supports international sports exchanges.

On the whole, Canadians have reasonable access to health care services where needed. However, despite significant efforts to generate new jobs, develop health and social services, and provide a universal safety net, the benefits of a long, healthy life are not equally available to everyone. Certain disadvantaged groups — particularly native people, elderly women, immigrants and single mothers — have lower life expectancy, poorer health and a higher prevalence of disability than the average Canadian.

Protecting the health of Canadians

The Health Protection Branch is the focal point of national efforts to protect Canadians from natural and man-made hazards that may contribute to illness and premature death. In collaboration with other federal departments, the Branch ensures that safe, nutritious food is available to Canadians and encourages public awareness of the value of a healthy and balanced diet. Scientific evidence gathered by the Branch's research laboratories supports these activities.

The Branch also develops environmental and occupational health standards in areas such as water quality and exposure to toxins (e.g. pesticides, chemicals, and psychoactive and radioactive substances); it also ensures safe consumer and professional health care products, including drugs, medical equipment and cosmetics.

Significant contributions are made by the Branch in preventing and diagnosing diseases and establishing their causes. Major successes have led to diminished incidence of congenital and childhood diseases. Activities in these areas complement provincial and local programs in population genetics, counselling and immunization.

A current priority of the Department is dealing with the spread of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and other sexually transmitted diseases. In 1988, the federal government enhanced its program to address the AIDS pandemic, extending the program to 1993. Co-ordinated by the Federal Centre for AIDS in the Health Protection Branch, the program addresses the need for additional medical and drug research, initiatives to heighten public awareness of the problems and solutions, innovative community health promotion projects, and support for international efforts to control the spread of the disease.

As part of the comprehensive approach to reducing tobacco use, the *Tobacco Products Control Act* was passed in 1988. This Act provides a legislative basis and a timetable for banning tobacco advertising, introducing stronger health hazard warnings on tobacco packaging and restricting the sponsorship of cultural and sports events by tobacco companies. In conjunction with other government initiatives to regulate smoking in federal workplaces and to ban smoking on commercial flights of two hours or less, the Act constitutes a significant step towards a society in which the health hazards of using tobacco products, and the importance of preventing illness when it is possible to do so, are openly acknowledged.

Health services and insurance

At the core of Canada's health care system is a publicly funded and administered universal insurance system that provides full coverage for all necessary hospital and physician services. Access is not limited by ability to pay since coverage is prepaid through the public sector.

Each province and territory administers its own health insurance plan, but receives funds from Health and Welfare Canada to cover part of the costs. To qualify for federal funding, the provinces must ensure that all residents have reasonable access to necessary hospital and physician services unimpeded by charges at the point of service. In addition, each must demonstrate that its plan is non-profit and publicly administered, that its benefits are portable from one province to another, and that the coverage provided to residents is comprehensive.

All provincial medical insurance plans cover essential services rendered by physicians in patients' homes, physicians' offices or hospitals. Hospital care includes meals and accommodation, necessary drugs, supplies and diagnostic tests, and many out-patient services.

Some provinces insure additional health services. Provinces may charge chronic care patients for the costs of meals and accommodation.

Through the development of national standards, guidelines and information systems in co-operation with the provinces and territories, Health and Welfare Canada helps provinces to plan, manage and operate their health care systems.

Canada's hospital bed-to-population ratio has remained stable at about 7 beds per 1000 population over the last decade. However, in recent years the mix of beds has shifted significantly from short-stay to long-stay beds in response to the needs of the aging population.

Canada has approximately one physician for every 580 Canadians (with an equal split between general practitioners and specialists) and approximately one nurse for every 95 Canadians.

Health services for special groups

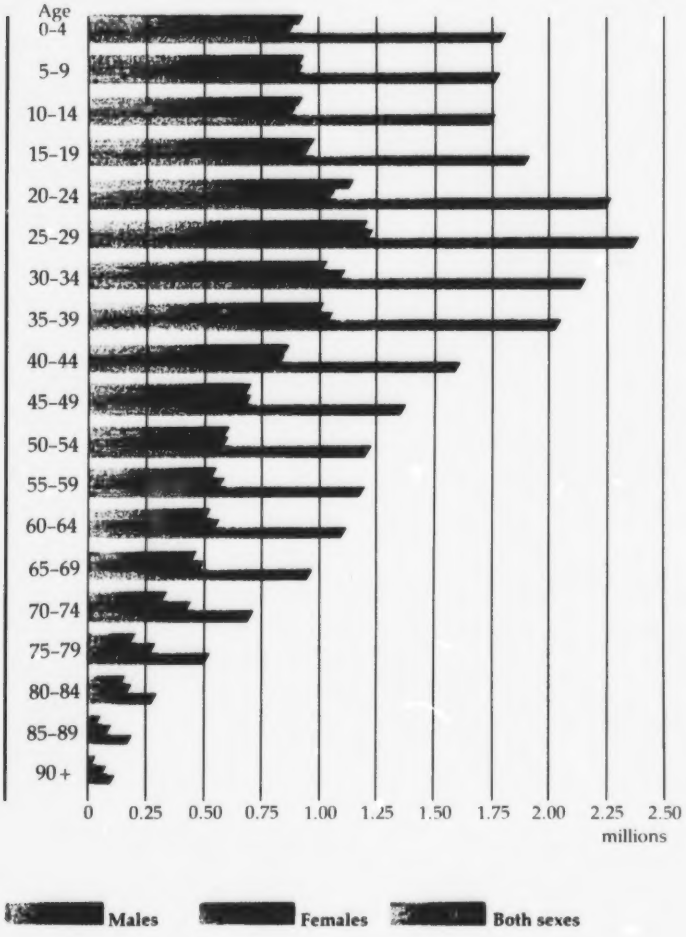
The Medical Services Branch provides many health services for groups such as recent immigrants, international travellers, public servants and native people. The Branch operates occupational health services for public servants at home and abroad, conducts medical examinations and investigations in the interest of aviation safety, and screens prospective immigrants and some visitors to Canada.

Approximately 2 percent of the Canadian population are native people, who often live on reserves in isolated areas where health care is less accessible than in other parts of Canada. Many of their circumstances and concerns differ significantly from those of the non-native population. For example, the percentage of native families headed by single parents is almost double that of non-native families, and native people have much higher fertility and death rates than the Canadian average. Accidents and violence are major causes of death.

The Medical Services Branch, together with the Department of Indian and Northern Affairs, carries out a variety of activities to eliminate the special health and social problems of native people. The **National Native Alcohol and Drug Abuse Program** works to reduce the abuse of alcohol and other substances. The Branch also operates hospitals, clinics and nursing stations for native people, and trains nurses, dental therapists and other health care professionals (native and non-native) to provide primary health care in isolated communities. The Branch, in consultation with native groups, is working to transfer the management and delivery of native health services to territorial governments and native communities within the provinces. In 1988, agreements were made with two groups in British Columbia. Many other communities are involved in various aspects of pre-transfer planning.

Social support for Canadians

Figure 6.1 Canada's Population, 1986



Together, Canadians have built a dynamic nation and enjoy an ever-increasing standard of living and self-sufficiency. Groups of citizens, employers, voluntary organizations and governments work to encourage this growing economic security and to ensure that social services and financial assistance are available when needed. Helping families, seniors, disabled persons and those with low incomes to lead full and rewarding lives is the goal of Canada's social support system.

Families

Canadian families have undergone dramatic changes since the turn of the century. In the early 1900s, the predominant type of family consisted of husband, wife and children living together in a rural household with close relatives present or nearby. This "extended" family was interdependent and largely self-sufficient. Canadian society has become industrialized, overwhelmingly urbanized and highly mobile, and the typical family has become much smaller.

The major trends bearing on the modern Canadian family are as follows:

- Less than 14 percent of Canadian families fit the traditional concept of two parents and one pay cheque.
- In over 60 percent of two-parent families, both parents work outside the home.
- Most of the 13 percent of Canadian families led by single parents are headed by women.
- Women make up 44 percent of the labour force.
- Of women with children under the age of six, 58 percent are in the labour force.
- The divorce rate has increased nearly sevenfold in the past 25 years, from 36 to 244 per 100 000 population.
- One-half of all divorces involve families with children.
- The rate of marriage continues to decline; in contrast, there has been a significant increase in common-law unions.
- The average family size has decreased from 3.9 to 3.1 in the past 25 years.
- Of families with children under the age of 18, 42 percent have only one child while 41 percent have two children; only 17 percent have three or more children; 14 years ago, 30 percent had three or more children.

Figure 6.2 Family Composition, Canada, 1986

Figure 6.3 Average Family Size, Canada, 1961–86

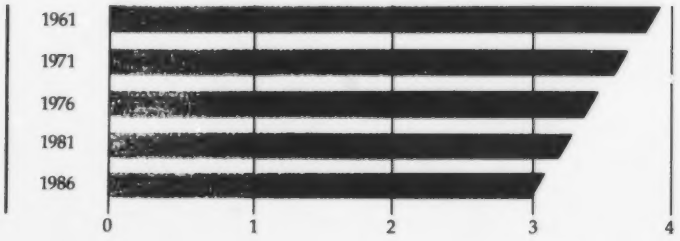


Figure 6.4 Divorce Rates, Canada, 1960–85

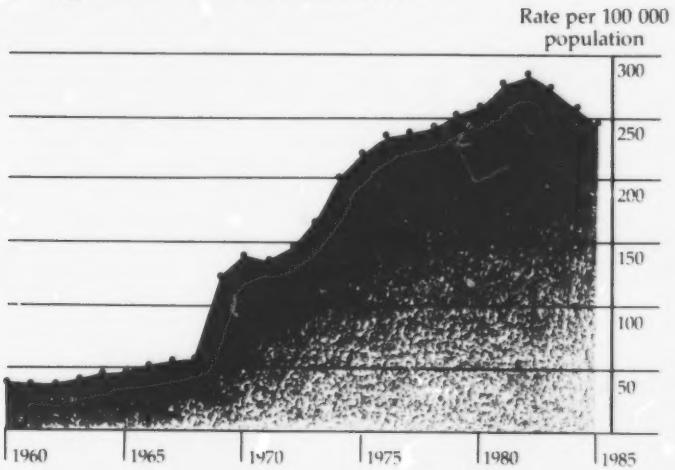
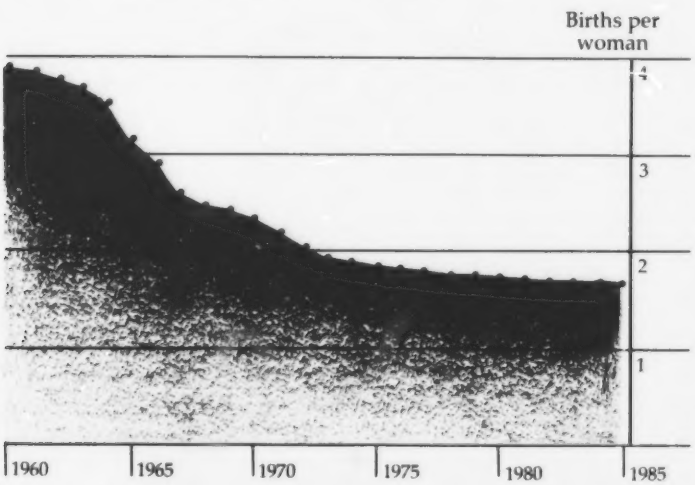


Figure 6.5 Total Fertility Rates, Canada, 1960–85



Fertility rates declined rapidly during the 1960s and 1970s, and stabilized in the 1980s at below replacement levels.

There are now more single-parent families, blended families formed by remarriage, stay-at-home fathers and common-law marriages. Each of these situations presents special challenges and continues to influence social policy in Canada.

Services for families

Voluntary organizations, municipalities and provinces all provide a broad range of services for families, including homemakers and home support, counselling, rehabilitation and adoption services. Measures designed to help keep children at home during difficult times, and to protect abused or neglected children, also fall under this umbrella. Most of these services are cost-shared with the provinces by Health and Welfare Canada through the **Canada Assistance Plan**, administered by the Social Service Programs Branch.

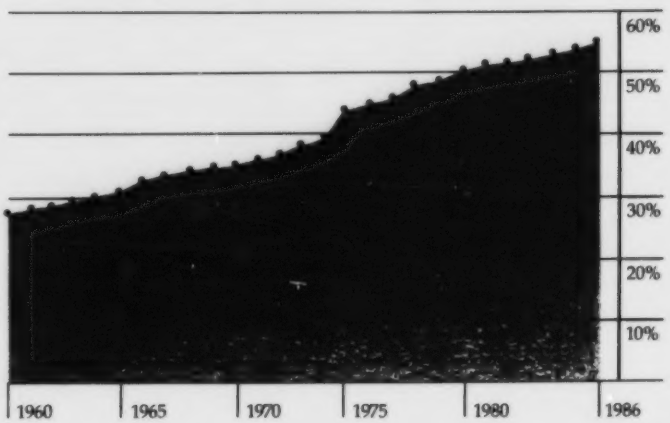
The plan also shares in the costs of maintaining children in foster homes and providing homes for special care, such as hostels for victims of family violence, rape crisis centres and transition homes.

Extensive policy analysis within the Policy, Communications and Information Branch focusses on child care, child sexual abuse, family violence and divorce.

The demand for child care services has grown in recent years as the proportion of single-parent families and families with both parents working has increased. Non-parental child care is a provincial responsibility and includes day care centres (public, commercial or non-profit), family day care homes and various informal arrangements. Support is provided to low-income parents for child care in licensed facilities. In response to the growing demands and varying needs of today's families, Health and Welfare Canada has initiated a **National Strategy on Child Care**. It includes special tax provisions for families with young children, a research and development fund, and a cost-sharing mechanism to replace existing provisions in the **Canada Assistance Plan**.

In the area of child sexual abuse, the Canadian Criminal Code has been revised to provide more comprehensive protection for children. These changes are being reinforced with social and educational programs whose object is prevention. The Minister of National Health and Welfare co-ordinates federal measures dealing with child sexual abuse.

Figure 6.6 Labour Force Participation Rates for Women, Canada, 1960–86



Family violence affects all ages — children, adults and the elderly — and includes physical assault, neglect, and mental, emotional or sexual abuse. Women are particularly vulnerable. Health and Welfare Canada works with the provinces, professional associations and the voluntary sector to reduce the prevalence of family violence and to deal with its consequences. The Social Service Programs Branch coordinates federal programs and is a focal point for information and consultation.

In striving to minimize the stresses and hardships of marriage breakdown, laws governing divorce have been updated. Federal and provincial governments are working to facilitate the enforcement of court-ordered support payments.

Income security for families

Canada has a comprehensive child benefits system which helps Canadian families meet the costs of raising children. At the federal level, there are three components — **Family Allowances**, the **Child Tax Credit**, and income tax credits and deductions.

Through the **Family Allowances** program, administered by the Income Security Programs Branch, Canadian families (approximately 3.7 million) receive a monthly benefit for each dependent child under the age of 18. Approximately 2.4 million low- and middle-income recipients of Family Allowances receive an additional benefit through the **Child Tax Credit** program. In addition, the income tax system permits Canadian families to claim credits and deductions for children and other dependants, as well as for child care expenses. The child benefits system has evolved to give greater financial assistance to those most in need.

Under the **Unemployment Insurance** program, administered by Employment and Immigration Canada, women, and in special cases men, can claim maternity benefits. These benefits are payable for up to 15 weeks surrounding the actual or expected date of birth. Similar benefits are available in the case of adoptions.

A benefit for the child of a disabled or deceased contributor is available under the **Canada** and **Quebec Pension Plans**.

Over and above these federal benefits, some provinces have supplements for handicapped children and for low-income families with children. The province of Quebec operates its own **Family Allowances** program, which supplements the federal benefit.

Seniors

Approximately 11 percent of Canada's population is over the age of 65. The aging of the population began later in Canada than in Europe, but the proportion of seniors is now increasing at a more rapid pace.

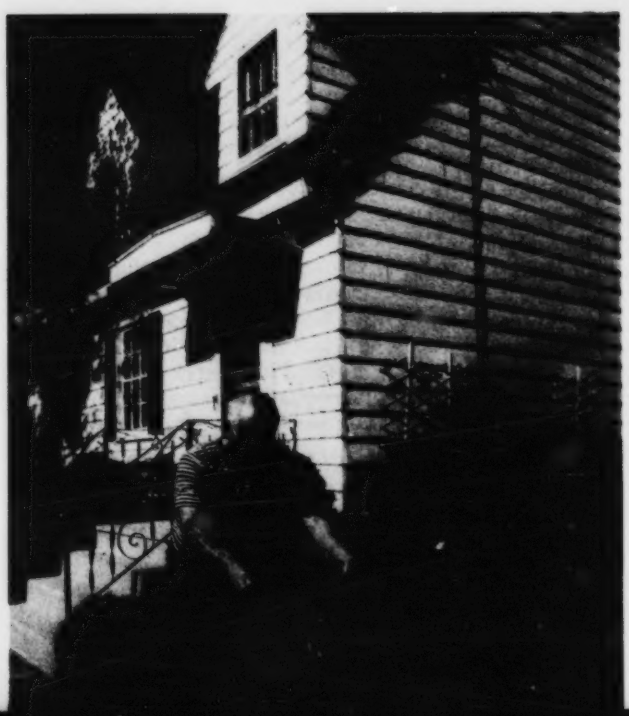
In Canada, there are now three times as many seniors as there were 45 years ago. The total number is expected to triple again in the next 45 years. The main reasons for the aging population are decreases in birth rates over most of this century (except for the baby boom years from 1946 to 1966) and decreases in death rates, particularly among those in extreme old age.

Some of the key characteristics of Canada's seniors are as follows:

- Canadians enjoy long life expectancies at birth — 80 years for women and 73 years for men.
- The older population is itself aging — within the over-65 age group, the proportion over the age of 80 is growing.
- Women outnumber men by 1.4 to 1 in the over-65 age group, and by more than 2 to 1 in the over-85 age group.
- The Canadian native population has not experienced this general pattern of increased life expectancy.
- Seniors living in private households represent 93 percent of all seniors, although there is a tendency to require institutionalization as age increases — only 3 percent of those aged 65–74 live in institutions, compared with 17 percent of those aged 75 and over.
- Less than one in five seniors lives below low-income levels; women, especially the widowed, divorced or single, are more likely to have low incomes.
- Income from public pension systems makes up about half of the total income of seniors; the rest comes from savings, employment and employer-sponsored pensions.
- Employment levels for seniors have declined considerably; only 7 percent are employed today but, increasingly, many are becoming involved in community activities.

As their numbers increase, Canada's seniors are becoming more vocal about matters that concern them. They are doing so through a number of seniors' organizations and groups.

The Prime Minister's appointment of a Minister of State for Seniors underlines the importance of seniors in Canadian society and provides an active voice for them. A Seniors Secretariat provides support to the Min-



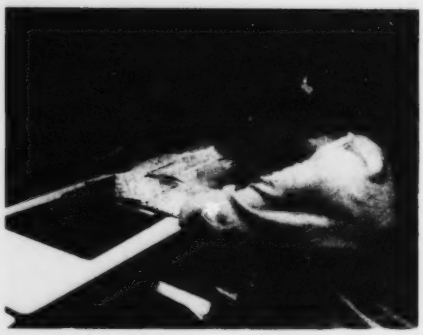
ister and is responsible for the provision of information, liaison and consultation with governments and groups representing seniors. In addition, the Policy, Communications and Information Branch is a focal point within the Department for the provision of policy advice and analysis to the Minister of National Health and Welfare and the Minister of State for Seniors.

Services for seniors

Families provide a significant part of the care required by their older members. However, because of societal changes, the help from families has had to be supplemented by services provided by the community. New approaches are being developed to meet the needs of seniors and their families. In recent years, emphasis has shifted from short-term hospital care and long-term institutionalization to preventive measures. These include increased emphasis on regular physical activity and improved fitness and community support services to help seniors stay at home longer.

The establishment, through the Fitness and Amateur Sport Branch, of the Secretariat for Fitness in the Third Age has done much to raise the quality of the fitness programs offered to Canada's older population while encouraging increased participation in these programs by senior citizens.

Home care programs provided by voluntary agencies, private businesses, and provincial and municipal governments help the elderly meet everyday physical and emotional needs. These include meals-on-wheels, home maintenance, homemakers, visiting, nursing, physiotherapy, special transportation, counselling and telephone reassurance networks. Most of these services are cost-shared with the provinces by Health and Welfare Canada through the **Canada Assistance Plan**, administered by the Social Service Programs Branch.



In some cities, institutions such as hospitals — with the co-operation of family members, community resources and support groups — are developing geriatric assessment programs to enable patients now in institutions to return to their own homes.

Seniors who are no longer able to stay at home have an increasing range of options. Alternatives include group homes, hostels, home sharing, supervised housing, life tenancy projects, garden suites and accessory apartments.

For seniors unable to stay in the community, institutional care is available in homes for the aged, nursing homes, chronic care hospitals and units in active-treatment hospitals.

Non-cash benefits, such as discounts for seniors and subsidized transportation and housing, also contribute to the well-being of many elderly people. In addition, qualified seniors may benefit from services provided by the Department of Veterans Affairs, including medical and dental care, personal aids and devices, and home care.

The **Seniors Independence Program** provides financial support for health, education or social welfare projects designed to improve the quality of life for seniors. The emphasis of the program is on community-based projects that significantly involve seniors and promote independent living. The program includes projects spanning several years as well as short-term activities such as conferences and workshops. Projects may be local, regional or national in scope. The program is delivered through regional offices of the Social Service Programs Branch and the Health Services and Promotion Branch.

The **New Horizons** program, administered by the Social Service Programs Branch, encourages retired Canadians to participate actively in the life of the community. The program awards grants to senior citizens' groups for community projects conceived and directed by them. Such projects aim to alleviate loneliness, support families, change attitudes, improve physical and mental health, and encourage communication among seniors. Examples include fitness, local history, music and hobby groups, drop-in centres, and counselling and advocacy activities. Approximately 28 000 projects have been funded since the program started in 1972.

Income security for seniors

There are three tiers to Canada's retirement income system. The first consists of Health and Welfare Canada's income security programs — **Old Age Security**, **Guaranteed Income Supplement** and **Spouse's Allowance** — and various provincial supplements. The **Canada** and **Quebec Pension Plans** constitute the second level. The third consists of employer-sponsored pension plans, registered tax-deductible plans and personal savings.

Under the **Old Age Security** program, all Canadians aged 65 and over who meet the residence requirements receive a basic income. Approximately 2.8 million seniors receive these payments each month, regardless of their income. Pensioners with little or no other income receive additional funds through the **Guaranteed Income Supplement** program. This supplement helps to top up the income of individuals who would otherwise be in need.

Old Age Security benefits amount to approximately 15 percent of the average industrial wage, or 35 percent when the maximum Guaranteed Income Supplement at the single rate is included. In some provinces, low-income pensioners can receive additional payments.

Spouse's Allowance benefits provide support for certain low-income persons aged 60–64 until they become eligible for Old Age Security. These persons must be either spouses of Old Age Security pensioners or widows or widowers.

Seniors are compensated for loss of employment income upon retirement by the **Canada** and **Quebec Pension Plans**, an integral part of Canada's pension system. Participation in one or the other of these contributory plans is compulsory for all employed Canadians. Benefits are based on updated career earnings.

Recent legislative changes to the **Canada** and **Quebec Pension Plans** allow an actuarially adjusted flexible retirement benefit, between the ages of 60 and 70. Other amendments have improved the pension system, notably for women. Pension benefits can now be shared between husband and wife, survivor benefits continue after remarriage, and contributors are no longer penalized for taking time off work to raise children under the age of seven.

One-third of elderly women and three-quarters of elderly men receive pensions from the **Canada** and **Quebec Pension Plans**. This discrepancy reflects the fact that many women now aged 65 or over did not have jobs outside their homes and hence did not contribute to the plans. Although the plans were created in 1966, full benefits have only been available since 1976; thus, many elderly people were not eligible for benefits when they retired or were eligible only for reduced benefits. As the plans mature, they will play a greater role in meeting the income needs of the average retired Canadian.

With Old Age Security benefits providing the foundation, and benefits from the **Canada** and **Quebec Pension Plans** providing additional protection against loss of income, many seniors also rely on private means — employer-sponsored pensions, savings, life insurance, annuities and investments — for extra support in their retirement years.

Some employee-benefit programs, such as profit-sharing plans and savings plans, pay participants a lump sum, typically at retirement.

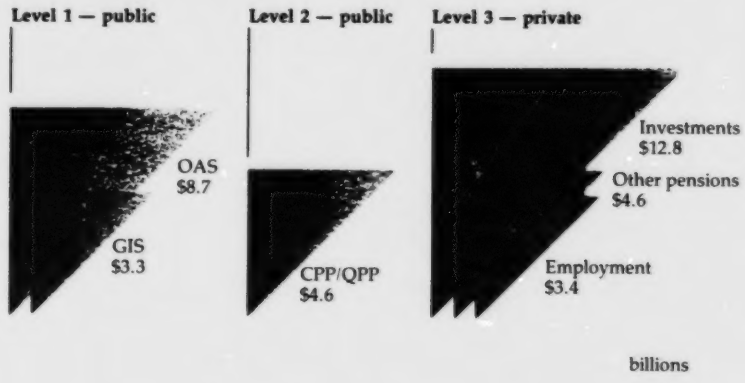
Figure 6.7 Basic Income Security

Note: GIS/SPA benefits would be paid to people with little or no other income.

Slightly less than half of all workers in Canada are covered by employer-sponsored pension plans. Such plans vary widely. Some do not require contributions from employees. For those that do, the contribution rate is either a percentage of earnings or a set amount. Most private pensions for employees with spouses are now paid jointly and provide pre-retirement death benefits. Discrimination based on sex in calculating benefits is not permitted. Federal and provincial legislation now requires mandatory survivor provisions and the continuation of survivor benefits on remarriage in most jurisdictions.

Registered Retirement Savings Plans are another vehicle for personal retirement savings, either on their own or in conjuction with employer-sponsored plans. Within prescribed limits, Canadians can deduct contributions from their taxable incomes. The Canadian income tax system also provides seniors with special benefits.

Figure 6.8 Canada's Retirement Income System



Disabled persons

At least one person in ten in the population of any country lives with some kind of disability. The most prevalent forms are physical impairment, chronic illness, mental retardation and sensory disabilities. Disabled persons face many challenges: finding and maintaining employment, inaccessible public transportation, architectural barriers, inadequate support in the educational system, and a lack of community-based housing and personal aids and devices such as wheelchairs.

Some of the trends surrounding disabled persons in Canada are as follows:

- Of children aged 14 and under, 5 percent are disabled.
- One or more disabilities are reported by 15 percent of adults aged 15 and over.
- Among adults, the rate of disability increases with age, reaching 44 percent for males aged 65 and over, and 47 percent for females in that age group.
- Mobility is a problem for almost two-thirds of disabled adults.
- The rate of disability varies by province and is higher in rural than in urban areas.

Figure 6.9 Incidence of Disability, Canada, 1986

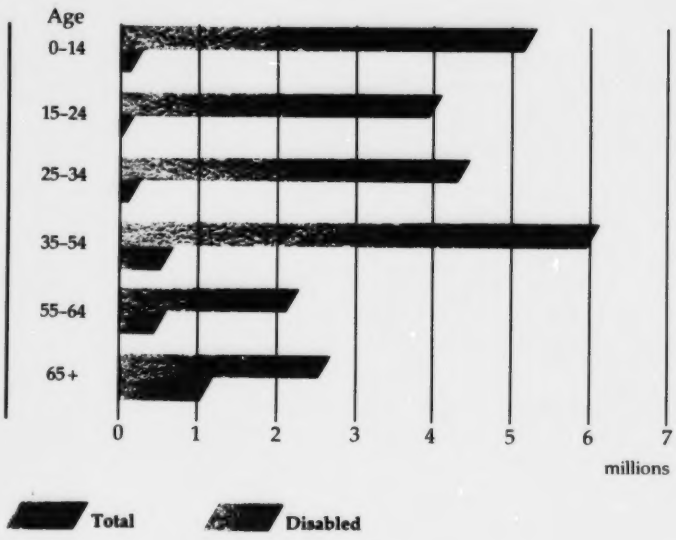
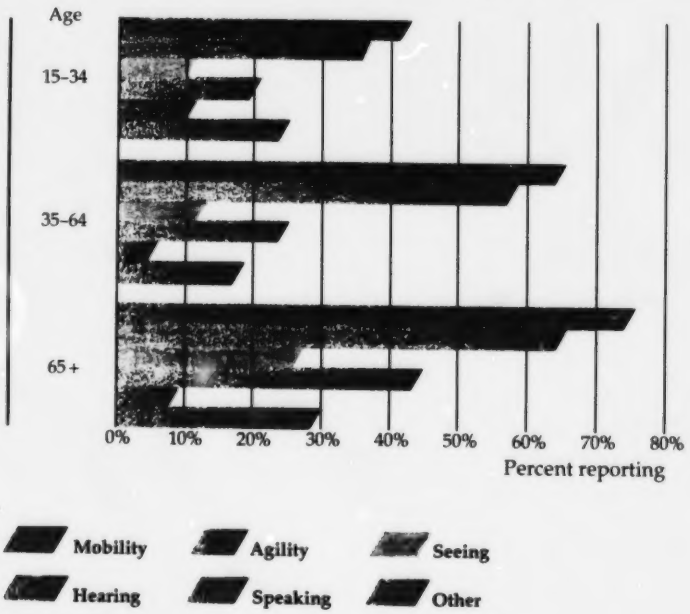


Figure 6.10 Incidence of Disability by Type and Age within the Adult Disabled Population, Canada, 1986



Note: Persons may report more than one type of disability.

- Adults reporting a disability tend to have had less formal education than non-disabled adults; young people reporting a disability have a lower school attendance rate than non-disabled youth.
- Only 39 percent of disabled persons aged 15–64 and living in private households are employed, compared with 70 percent of non-disabled persons.
- Disabled persons generally have lower incomes than the average Canadian.
- Among disabled adults, two-thirds report having more than one type of disability.

In recent years, Canada has responded to the needs of disabled Canadians by:

- designating the Secretary of State as Minister Responsible for the Status of Disabled Persons,
- creating a permanent Secretariat on the Status of Disabled Persons and a permanent Standing Committee of Parliament on the Status of Disabled Persons,
- broadening the definition of disability for income tax purposes,
- significantly increasing disability benefits under the **Canada Pension Plan**,
- passing the *Employment Equity Act* to promote employment of disabled persons in federally regulated businesses,
- conducting a National Survey on Disability.

Services for disabled persons

Canada is one of the most progressive nations in the treatment and support given to disabled citizens. Over several decades, many disabled persons have become integrated into the mainstream of society through new services and opportunities.

The vast majority of disabled Canadians are not institutionalized. Since the late 1970s and the International Year of Disabled Persons (1981), concerted efforts have been made to enable those who live in institutions to move into the community. In many cases, comprehensive community-based support programs are effective and economic alternatives to institutional care.

Voluntary and private organizations, as well as the provinces and municipalities, provide a wide variety of residential and community support services for disabled persons, including counselling, homemakers, nursing, respite care, postal alert and interpreters/interveners. Some of these services are cost-shared with the provinces by Health and Welfare Canada

through the **Canada Assistance Plan**, administered by the Social Service Programs Branch. Disabled persons may also receive various personal aids and devices. Voluntary organizations are particularly active in fund-raising activities and in running information networks for disabled persons.

Disabled persons also benefit from provincial services supported under Health and Welfare Canada's **Vocational Rehabilitation of Disabled Persons** program. This cost-shared federal program, administered by the Social Service Programs Branch, supports services ranging from assessment, counselling and restorative services to vocational training and employment placement. Training programs for disabled persons are also available from Employment and Immigration Canada.

The Social Service Programs Branch, in co-operation with its provincial counterparts, encourages the integration of persons with disabilities into the social and economic life of their communities. A continuing challenge is improved access for disabled persons to those services generally available to other Canadians, especially as these relate to independent living and employment. Facilitating the participation of disabled persons in addressing this challenge is also a priority. In attempting to foster new community support programs, the Branch conducts demonstration and pilot programs. The Branch is also involved in many projects with professional, voluntary and disabled persons organizations.

The rate of unemployment among employable disabled persons is extremely high — at least five times the rate among non-disabled persons — despite federal and provincial efforts to prepare disabled Canadians to enter or return to the workforce. The Social Service Programs Branch has undertaken various initiatives, including demonstration projects, consultations with employers and collaborative programming with other departments, to dispel negative stereotypes of disabled persons and to alleviate employer anxiety and ignorance regarding them. All federal departments now have affirmative action programs whose purpose is to increase employment opportunities for disabled persons. In addition, recent federal employment equity legislation prohibits discrimination in the hiring of disabled persons.

In recent years, organizations of and for disabled persons have insisted on the right of disabled persons to participate in decision-making processes at all levels with respect to rehabilitative and support services. Health and Welfare Canada supports that position and has broadened its programs of consultation with disabled persons and their organizations. The Department's Disabled Persons Unit provides information and advice.

Other federal programs for disabled persons include Transport Canada's research and development programs to improve the accessibility of transport systems, and mortgage subsidies and grants from the Canada Mortgage and Housing Corporation to make housing more accessible.

Income security for disabled persons

Federal and provincial governments provide financial support to disabled Canadians through pensions, income tax deductions and credits, training allowances and various other programs.

The disability benefit of the **Canada** and **Quebec Pension Plans** consists of a monthly flat-rate sum plus an earnings-related portion equal to 75 percent of the imputed retirement pension. In addition, a fixed monthly amount is payable for a dependent child of a disability pensioner. Members or former members of the armed forces and civilians with war service suffering from a disability can receive Veterans' and Civilians' Pensions, and their spouse or children may be eligible for additional benefits. Severely disabled persons can claim a credit under the Canadian income tax system.

Several provincial programs also assist disabled persons and their families through a modest guaranteed annual income and financial assistance for disability-related expenses, and some offer assistance to parents wishing to maintain a disabled child at home as an alternative to institutionalization.

Members of the labour force who are injured at work or who suffer from an occupational disease receive income through workers' compensation programs. All of the provinces and territories have legislation to cover their workers and dependants. The programs are employer-funded and are compulsory for most industries/employers. Federal employees are covered under separate legislation.

The low-income population

Canadians enjoy one of the highest standards of living in the world. However, not all Canadians share this high level of income. A key objective of the income maintenance system is to ensure that all Canadians have adequate income for basic necessities.

Over the past two decades, the incidence of low income among Canadians has fallen from 26 to 15 percent. This represents a decrease in the low-income population from about 5 million to about 4 million. Improvements to the social security system in coverage and in benefits have played a major role in this decrease. Elderly families, in particular, have benefited from these improvements.

The incidence of low income among Canadians varies as follows:

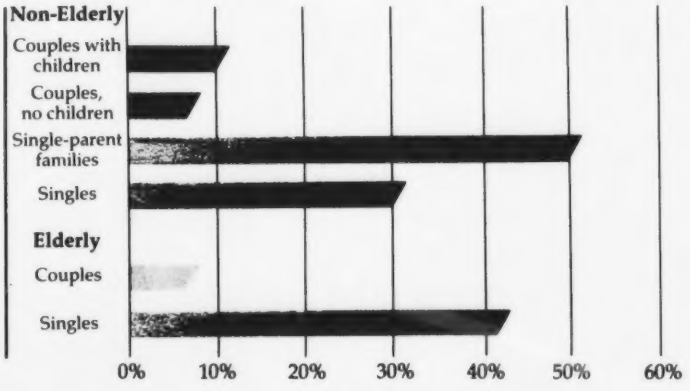
- Among families, the incidence of low income is greatest in families with three or more children and in those headed by mothers (mostly single parents); it is lowest in families without children, with multiple incomes or headed by an elderly person.
- Among unattached individuals, young people, the elderly and women have the highest low-income rate.

For the working age population, the extent of low income is strongly related to the availability of jobs: the higher the unemployment rate, the higher the incidence of low income. About 50 percent of single individuals with low income do not have jobs, and families in which the head is unemployed have twice the national rate of low income.

Since unemployment is much higher in some parts of Canada than in others, there is a marked geographic character to economic well-being throughout the country. From an east-west perspective, unemployment is highest in the Atlantic provinces and lowest in central and western Canada, with the recent exception of British Columbia. From a north-south perspective, four out of five Canadians live in urban and suburban areas within 200 kilometres of Canada's southern boundary with the United States. This area has a reasonably temperate climate, advanced levels of industrial and commercial activity, and high standards of transportation, waste management, water supply and environmental protection. Inhabitants benefit from a comprehensive health and social service infrastructure and generally high living standards.

The situation is quite different, however, in Canada's many rural and remote communities. Here, economies are largely based on primary industries such as fishing, forestry, mining and farming.

Figure 6.11 Incidence of Low Income by Family Type, Canada, 1986



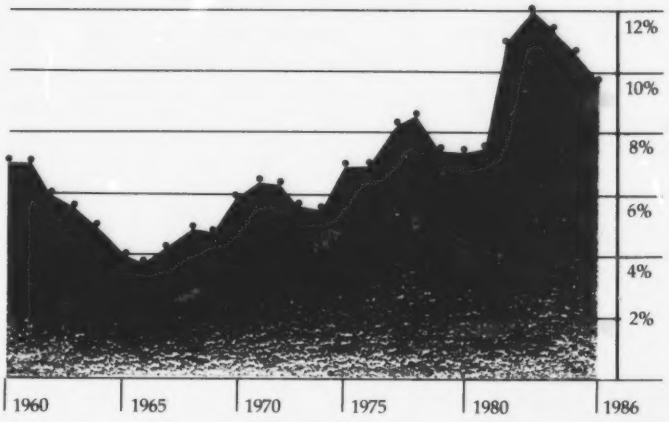
Residents must often contend with weather extremes, physical isolation and limited access to affordable housing, food, clothing, and health and social services. They also tend to be unemployed more frequently and for longer periods of time.

Services for the low-income population

Many of the welfare services that are available for families, seniors and disabled persons (such as day care, rehabilitation, homemakers and work activity projects) support individuals with low incomes. These services are generally provided by voluntary organizations, municipalities and provinces, and are often cost-shared with the provinces by Health and Welfare Canada through the **Canada Assistance Plan**, administered by the Social Service Programs Branch.

Given the importance of jobs to individual economic well-being, there has been a long-standing commitment to helping the low-income population through labour market strategies. A recent program is the **Canadian Jobs Strategy** of 1985.

Figure 6.12 Unemployment Rates, Canada, 1960-86



Administered by Employment and Immigration Canada, this program helps unemployed Canadians respond to changes in the marketplace and get back into the workforce as quickly as possible. Rather than concentrating on short-term responses to labour market fluctuations as was done in the past, the strategy focusses on the training and experience required by each person to keep or find a job. A major component, Job Development, offers off-the-job training and work experience to the long-term unemployed, while Job Entry helps young people and women move from school or the home to employment. The strategy also addresses regional variations in labour market needs.

Also in 1985, the federal, provincial and territorial governments entered into a three-year agreement to enhance the employability of social assistance recipients. Funds that otherwise would have been spent on social assistance recipients under the **Canada Assistance Plan** can be used to expand their participation in the **Canadian Jobs Strategy** or similar provincial programs, and thus help them achieve greater self-sufficiency.

Income security for the low-income population

The Canadian income security system assists those with low incomes, mainly through social assistance payments, income supplements and the child benefits system. Unemployment Insurance benefits are also an important source of assistance for low-income Canadians.

Insured Canadians who become unemployed can receive benefits from the **Unemployment Insurance** program, administered by Employment and Immigration Canada. The benefit rate is 60 percent of previous earnings, to a maximum ceiling, and benefits are paid for up to 50 weeks per year, depending on the number of weeks worked and the regional unemployment rate. The program is financed by premiums collected from employers and employees, with additional contributions from the federal government.

Despite the widespread availability of Unemployment Insurance benefits, Canadians may still be in need because they are unable to work, because they have been unemployed for some time or because they have extremely low incomes. Such individuals may be eligible for benefits under provincial social assistance programs, which are cost-shared by Health and Welfare Canada through the **Canada Assistance Plan**. Social assistance is designed to meet the costs of basic requirements of a household when all other financial resources are exhausted.

The majority of social assistance recipients are disabled persons, single-parent families, unemployed persons and the aged. In addition to financial benefits, applicants are eligible for many in-kind benefits such as health, dental and eye care and prescription drugs. Since the beginning of the 1980s, 5 to 8 percent of Canadians have been in receipt of regular social assistance benefits at some point in time.

The **War Veterans' and Civilian War Allowances** program, administered by the Department of Veterans Affairs, provides allowances for qualified persons who, because of age or incapacity, are unable to work and have insufficient income. In some provinces, residents with low incomes and/or receiving social assistance may also be eligible for income supplements, shelter assistance and property tax credits.

As described in the section on families, the child benefits system also helps Canadians, particularly those with low incomes, in meeting the costs of raising children.

Research at home, co-operation abroad

Canada has earned a reputation around the world for innovative programming and forward thinking in the health and welfare fields. The reputation is, to a great extent, attributable to the high priority that has been placed on health and welfare research over the years.

In Canada, no single governmental agency has exclusive responsibility for research. At the federal level, there are three granting councils which support university research, as well as a number of government departments which conduct or finance research relevant to their particular responsibilities. In addition, a number of provincial governments have created agencies or programs to support scientific inquiry.

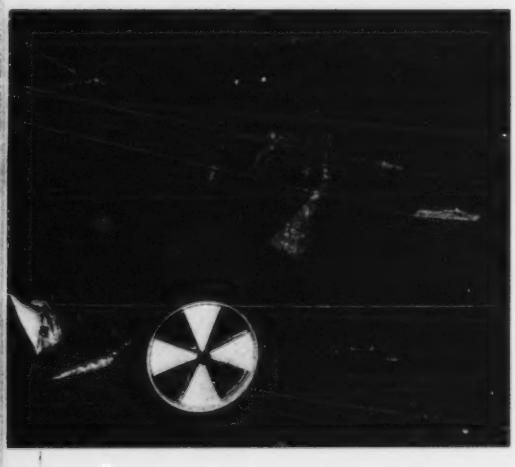
In the health field, the principal federal research sponsors are the Medical Research Council of Canada (MRC), which awards grants to Canadian health science centres for biomedical and clinical research, and Health and Welfare Canada, which both conducts and finances public health and health services research relevant to the Department's programs and legislation. The departmental vehicle for extramural health research is the **National Health Research and Development Program** (NHRDP), which is managed by the Health Services and Promotion Branch and awards funds to universities, hospitals, and voluntary and professional associations across the country.

The research agenda of the NHRDP is determined by a wide range of departmental programs and interests, including those of the Medical Services Branch and the Health Protection Branch. Current priority is given to research on the organization and delivery of health services, health promotion and illness prevention, the assessment of environmental health risks, the rehabilitation of disabled persons, the health of native people, and communicable disease control. In addition to funding research projects, studies and demonstration projects, the NHRDP also awards funds for the training and career development of health researchers.

The Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, established in 1981 by the Fitness and Amateur Sport Branch, undertakes survey and research projects in the vital areas of fitness and lifestyle activities.

In the welfare field, the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) provides significant support for university research on a broad range of social issues.

In addition, the **National Welfare Grants** (NWG) program, administered by the Social Service Programs Branch, provides contributions for research and demonstration projects to investigate new concepts and services dealing with issues affecting native people, seniors, the low-income population, disabled persons, children and families. The NWG program also awards funds for professional development in research, teaching and administration through its **Senior Welfare Research Fellowship** and **National Welfare Fellowship** programs. Like the NHRDP, the NWG program operates outside the university environment as well as within it, and a



significant proportion of research funding is awarded to provinces and to social service and related agencies. Assistance is also provided to national voluntary social service organizations in support of social research of national significance.

A number of other federal departments and agencies also have an interest in health and social issues, and Health and Welfare Canada works closely with them on matters of mutual concern. The rehabilitation of disabled Canadians is a case in point: the Secretary of State is the ministry responsible for disabled persons, and the National Research Council supports and conducts research on technical aids for disabled persons.

In recent years, additional funding has been provided for special research initiatives in the areas of AIDS, Child Sexual Abuse, Family Violence, and Alcohol and Drug Abuse. The **Seniors Independence Research Program** (SIRP) addresses diseases affecting seniors' independence. The priorities for the first series of projects are aimed at developing a better understanding of osteoporosis and Alzheimer's Disease. Research issues pertain to current approaches to the quality of life, and how well other health and social needs are being met.

Given that changes in the size, structure and distribution of Canada's population could have a significant effect on the provision of health and welfare services, the federal government has also undertaken a multidisciplinary demographic review, co-ordinated by a secretariat reporting to Cabinet through the Minister of National Health and Welfare.

Within the Department, the Policy, Communications and Information Branch undertakes social policy research and analysis, develops information systems, advises on policy development, relevant trends and issues, and ensures that departmental policies are effectively co-ordinated and communicated.

Health and Welfare Canada maintains extensive links with the international community through the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), the Pan-American Health Organization (PAHO), the World Health Organization (WHO), the Commonwealth Secretariat, the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) and the International Social Security Association (ISSA), to name a few. The Department also works closely with the United Nations in support of a variety of health and social affairs objectives.

In addition, Health and Welfare Canada contributes to the health and welfare needs of developing nations through its assistance to the International Development Research Centre (IDRC) and the Canadian International Development Agency (CIDA).

The Department's Intergovernmental and International Affairs Branch co-ordinates matters involving international liaison in health and social affairs and maintains an information centre on international trends, issues and events.

The Department welcomes international delegations, fosters exchanges among international scholars, and hosts or contributes to conferences with professionals around the world.

Canada has entered into a number of bilateral agreements and co-operative arrangements with other countries to achieve shared objectives, such as the control of hazardous substances and of trafficking in narcotic drugs, and the early identification of communicable diseases.

Canada has also concluded reciprocal social security agreements with many countries. These agreements assist migrants in qualifying for pensions based on the periods they have lived or worked in each country. They also remove restrictions, based on nationality, which may prevent Canadians from receiving pensions under the legislation of another country.

The Adoption Desk in the Social Service Programs Branch provides consultative and co-ordinative services to the provinces in the areas of international and interprovincial adoptions. It arranges adoptions from countries such as Korea, Hong Kong, the Philippines, Brazil and Haiti. Canada also plays a role in promoting the WHO code on the marketing of breast milk substitutes.

Canadian organizations work closely with laboratories and other organizations throughout the world to prevent and diagnose diseases and establish their causes. Organizations such as the National Advisory Council on AIDS, the National Cancer Institute of Canada and the Medical Research Council are involved in many international co-operative efforts, including worldwide research on AIDS co-ordinated by WHO.

With respect to the health care industry, the Health Protection Branch regulates domestic products such as vaccines and diagnostic and therapeutic materials and devices, thus ensuring that Canadian products do not contribute to the health problems of other nations. At the same time, the Branch ensures that international manufacturers and distributors adhere to basic safety standards.

Canadians share with the rest of the world the desire to improve their personal levels of health and welfare. Together, they strive to achieve health and social support for all and to increase their knowledge and expertise through research and international efforts. As Canada builds on its history of progress, it brings ever closer the goals of universal health and prosperity.

Copies of this report may be obtained from:

Publications Distribution
Health and Welfare Canada
5th Floor, Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel. (613) 957-2990

Enquiries regarding this report may be directed to:

Information Services Section
Information Systems Directorate
Policy, Communications and Information Branch
Health and Welfare Canada
Room 1230
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Tel. (613) 957-3046

Photos

Masterfile: cover (left), p. 1 (top), p. 3, p. 21, p. 24.
Supply and Services Canada Photo Centre: p. 1 (bottom), p. 17, p. 32, p. 38.
Bob Herger, Photo-Graphic Ltd., Vancouver BC: p. 2.
University of Ottawa Heart Institute — Ottawa Civic Hospital: p. 5 (Excimer laser developed in conjunction with Lumonics Ltd. and the National Research Council for use in cardiac surgery, 1987), p. 9 (Canada's first artificial heart transplant, May 1986 -- photo by Dr. Roy Masters).
Remaining photos from ***Health and Welfare Canada.***

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

La Santé et le Bien-être social au Canada

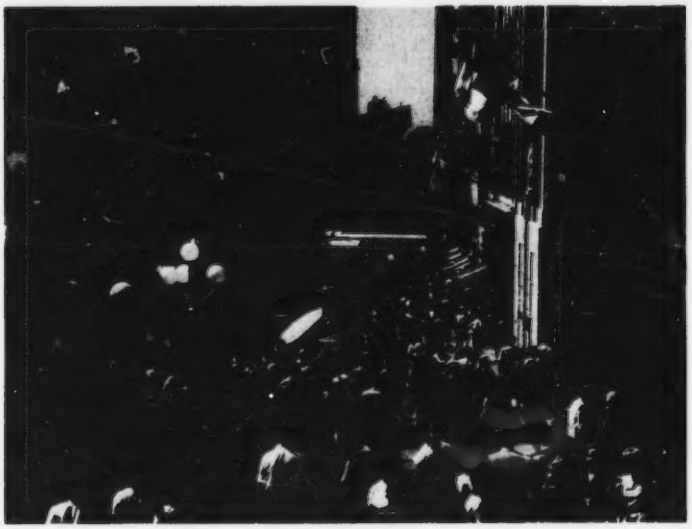
Canada

Publication autorisée par le
ministre de la Santé nationale
et du Bien-être social,
1989

Also available in English under the title
''Health and Welfare in Canada''

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H21-102/1989F
ISBN 0-662-94969-2

La Santé et le Bien-être social au Canada



Introduction 3
L'histoire d'une évolution 5
Le partage des responsabilités 10
Les dépenses liées à la santé et au bien-être social 12
Un peuple en santé 14
Le soutien social aux Canadiens 21
- Les familles 22
- Les aîné(e)s 26
- Les personnes handicapées 31
- La population à faible revenu 35

La recherche nationale, la coopération internationale 38

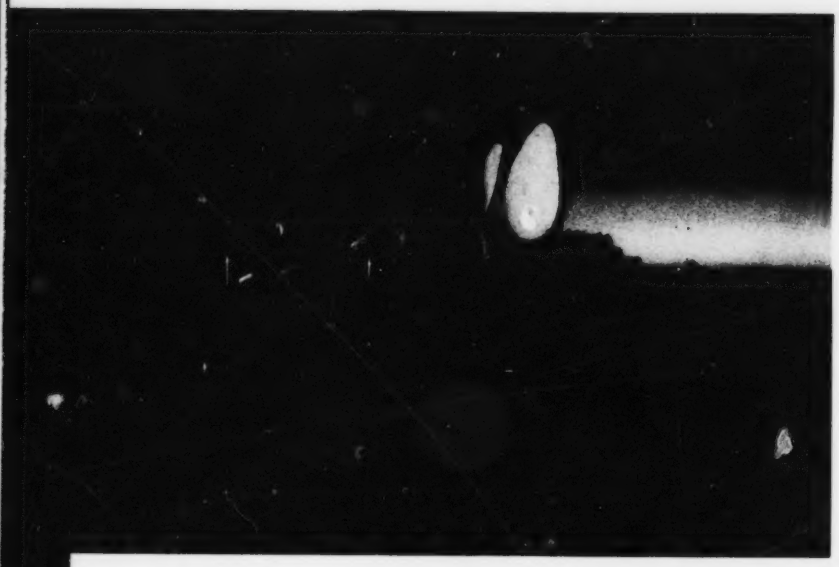
Introduction

Le Canada a réussi, en un laps de temps relativement court, à se doter d'un réseau complet de services de santé et de services de bien-être social façonné aussi bien par des facteurs géographiques et démographiques que par les traditions sociales et économiques.

Si les Canadiens sont les principaux garants de leur propre santé et de leur bien-être, ils bénéficient cependant de l'appui d'un secteur bénévole actif et dévoué ainsi que des autorités publiques à tous les échelons — municipal, provincial et fédéral. Au niveau fédéral, c'est Santé et Bien-être social Canada qui est l'organisme mandaté pour la promotion et la préservation de la santé et du bien-être social.

Le ministère canadien de la Santé nationale et du Bien-être social administre des programmes dans sept secteurs : Services et promotion de la santé;Service social; Services médicaux; Protection de la santé; Sécurité du revenu; Condition physique et Sport amateur et Administration du Ministère, dont relèvent les directions générales de la Politique, des communications et de l'information; des Affaires intergouvernementales et internationales; de la Gestion ministérielle et la Direction du Ministère.

Figure 1 Vue d'ensemble de Santé et Bien-être social Canada



Notre ambition ici est de faire un survol du réseau canadien des services de santé et des services sociaux et de donner un aperçu de la mission remplie par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Le rapport met l'accent sur les programmes et activités qui présentent le plus d'intérêt pour le Ministère, à savoir la sécurité du revenu, les services sociaux et la santé. Certains éléments de la politique sociale tels que le logement et l'éducation ne sont pas traités en profondeur. De même, si le rapport fait état de bon nombre des activités entreprises par les organismes bénévoles, il n'a pas la prétention de brosser un tableau complet du rôle joué par les bénévoles en matière de santé et de bien-être social.

Le rapport commence par retracer l'évolution du réseau canadien de services de santé et de bien-être social, à partir d'initiatives de santé publique telles que la mise en quarantaine et la vaccination jusqu'au réseau complet de programmes et de services actuellement en place. Il analyse l'interaction des secteurs bénévole et privé, des administrations publiques et du Ministère, et passe brièvement en revue les dépenses publiques en matière de santé et de bien-être social. Il entreprend ensuite une description de l'état de santé global des Canadiens, des efforts entrepris par le Ministère pour promouvoir et préserver leur santé et du réseau canadien de soins de santé. Le chapitre qui suit porte sur le soutien — services sociaux et sécurité du revenu — accordé aux familles, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la population à faible revenu. Le rapport se termine par un synopsis des activités canadiennes sur les plans de la recherche et de la coopération internationale.

Comme il s'agit d'une description superficielle des initiatives menées au Canada en santé et en bien-être social et du rôle des principaux organismes, le rapport ne répond pas à toutes les questions qui pourraient se poser dans ce domaine complexe. Le lecteur désireux de se renseigner davantage sur le sujet a à sa disposition beaucoup de matériel imprimé et audiovisuel produit par Santé et Bien-être social Canada, qu'il peut se procurer auprès de la Direction des communications.

L'histoire d'une évolution

Les Canadiens peuvent s'enorgueillir de leur réseau de soins de santé et de bien-être social. Au cours du siècle dernier, le peuple canadien a su instaurer une tradition de soins de santé accessibles et de programmes de bien-être social équitables qui rivalisent avec les meilleurs au monde. Les services offerts de nos jours sont plus nombreux qu'ils ne l'ont jamais été dans l'histoire, et le nombre de gens qui y ont recours ne cesse de grandir.

Dans la société essentiellement rurale qui caractérise le début de l'histoire du Canada, la santé et le bien-être social sont en grande partie une responsabilité des individus et de la famille, qui comptent sur les activités philanthropiques de l'église et de la collectivité. L'aide financière accordée aux indigents avant la Confédération dépend des paroisses, des municipalités, des organismes philanthropiques, des amis et de la famille. Ce n'est qu'au début du siècle, voire plus tard, que les administrations fédérale et provinciales commencent à venir en aide aux indigents sur une vaste échelle.

Avec le temps, tous les paliers de l'administration publique, tant fédéral que provincial et municipal, interviennent pour garantir à chacun un niveau de vie satisfaisant.

Les premiers services

Au cours des 18e et 19e siècles les maladies infectieuses représentaient la principale menace pour la santé, d'où des initiatives en santé publique telles que la mise en quarantaine et la vaccination. Les hôpitaux sont mis sur pied par des organismes philanthropiques et religieux.

Au début du 20e siècle, on a déjà réalisé des progrès : établissement de normes par les organismes professionnels d'autoréglementation pour l'octroi de permis d'exercer aux médecins, établissement de collèges de médecine, amélioration des normes régissant les soins infirmiers et les conditions de vie dans les hôpitaux, et création d'instituts pour les malades mentaux, les tuberculeux, les aveugles et les sourds. Des organismes bénévoles importants tels que les Sociétés d'aide à l'enfance et la Croix-Rouge voient également le jour.

Dans l'Entre-deux-Guerres, le milieu de la médecine s'enrichit de découvertes d'intérêt capital en médecine telles que l'isolation de l'insuline par Frederick Banting et Charles Best, et les premiers instituts canadiens de recherche sont fondés. Les provinces et municipalités s'occupent de plus en plus de financer les hôpitaux et de procurer des soins médicaux aux nécessiteux. Les médecins parrainent divers régimes d'assurance-maladie.

L'industrialisation, l'urbanisation et la récession économique, phénomènes propres aux années 30, créent les conditions propices à l'établissement d'un réseau plus complet de bien-être social et de santé publique. Au nombre des nouvelles initiatives figurent les régimes provinciaux d'indemnisation des accidentés du travail et d'allocations aux mères de famille, les régimes de pension de vieillesse pour les nécessiteux, administrés par Santé et Bien-être social Canada et le programme fédéral d'**Assurance-chômage**.

Les années 40 donnent naissance à une nouvelle approche en matière de soutien du revenu, fondée sur le principe de l'universalité. Ainsi, le premier programme de ce type, **les Allocations familiales**, offre des prestations pour presque tous les enfants canadiens de moins de 16 ans.

L'essor de l'Après-Guerre

La Seconde Guerre mondiale donne une impulsion à la recherche et aux expériences médicales au Canada. Les techniques médicales et chirurgicales et la médecine physique et de réadaptation évoluent à grands pas.

L'Après-Guerre se caractérise également par l'augmentation des coûts liés à la santé et les efforts sérieux fournis par les autorités publiques pour mettre à la disposition de chacun les services nécessaires d'un point de vue médical. Dès le début de cette période, l'administration fédérale et les provinces engagent des pourparlers au sujet d'un régime national d'assurance-maladie, mais elles n'aboutissent à aucune entente. C'est pourquoi la Saskatchewan fait cavalier seul et, en 1946, introduit le premier programme universel d'assurance-hospitalisation applicable à l'ensemble de la province et parrainé par les autorités publiques. La Colombie-Britannique et l'Alberta emboîtent le pas en 1949. En 1957, le Parlement adopte un texte de loi qui autorise l'administration fédérale à assumer une part du coût des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation qui répondent aux critères minimaux d'admissibilité et de protection. Dès 1961, toutes les provinces disposent d'un régime de ce type et peuvent prétendre à une contribution fédérale versée par Santé et Bien-être social Canada.

La Loi fédérale des aliments et drogues, administrée par la Direction générale de la protection de la santé, est promulguée en 1953 afin d'assurer un haut niveau d'innocuité et de qualité nutritive des aliments et de voir à ce que les médicaments et produits cosmétiques vendus au Canada soient fabriqués et utilisés de façon sûre et efficace.

Les initiatives en matière de bien-être social, telles que le soutien du revenu et les services sociaux, connaissent également une période de progrès fulgurants après la guerre. À titre d'exemple on pourrait citer le programme de la **Sécurité de la vieillesse** introduit en 1951 par Santé et Bien-être social Canada. Ce programme offre une prestation universelle et uniforme à toutes les personnes de 70 ans et plus. Par la suite, le champ d'application du programme est élargi de façon à englober les personnes de 65 ans et plus.

Les provinces continuent, au cours des années 50, d'élaborer leurs programmes de santé et de bien-être social. Pour sa part, l'administration fédérale, par l'entremise de la Direction générale des programmes de service social, étend le champ de ses initiatives à frais partagés pour tenir compte des handicapés, des aveugles et des chômeurs.

Les années 60

En 1962, la Saskatchewan adopte le premier régime universel d'assurance-maladie. En vertu de la *Loi de 1968 sur les soins médicaux*, l'administration fédérale consent à partager avec les provinces le coût de ce type de régime et depuis 1972, toutes les provinces et les territoires disposent de leurs propres régimes d'assurance-maladie qui satisfont aux normes définies à l'échelle nationale. Depuis, tous les Canadiens ont accès à une assurance publique qui couvre les coûts de tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires du point de vue médical.

Au cours des années 60, on assiste également à des progrès énormes sur le plan du bien-être social. En effet, en 1961, les autorités fédérales adoptent la *Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides*. En vertu de cette Loi, le Ministère assume 50 p.100 des coûts engagés par les provinces pour assurer des services complets de réadaptation professionnelle aux handicapés physiques ou mentaux. La Loi relève de la Direction générale des programmes de service social.

En 1966, l'administration fédérale pose un autre jalon important de la politique sociale canadienne en introduisant le **Régime de pensions du Canada** qui protège les cotisants ainsi que leurs familles contre les pertes de revenu occasionnées par la retraite, l'incapacité et le décès. Tous les Canadiens qui occupent un emploi doivent obligatoirement y souscrire. Administré par la Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, le **Régime de pensions du Canada** est valable dans toutes les provinces et les territoires sauf le Québec, où il existe une formule comparable, le **Régime de rentes du Québec**.

Le **Supplément de revenu garanti**, inauguré en 1967, offre des prestations d'appoint aux personnes à faible revenu qui bénéficient de la pension de la sécurité de la vieillesse. Il s'agit d'un programme qui, à l'instar du **Régime de pensions du Canada**, est administré par la Direction générale des programmes de la sécurité de revenu.

Le **Régime d'assistance publique du Canada**, qui date de 1966, regroupe plusieurs mécanismes fédéraux-provinciaux de partage de coûts, notamment ceux qui visent les handicapés et les aveugles et assurent une protection uniforme partout au Canada. En vertu de cette disposition législative, administrée par la Direction générale des programmes de service social, Santé et Bien-être social Canada s'engage à partager à parts égales le coût des prestations d'aide financière offertes par les provinces et municipalités ainsi que des services sociaux autorisés qui s'adressent aux Canadiens les plus démunis.

Les années 70

En 1974, « Une nouvelle perspective de la santé des Canadiens » définit de nouvelles orientations en matière de politique publique canadienne en mettant l'accent sur les quatre grands facteurs qui touchent la santé : le milieu, les habitudes de vie, la biologie et les soins de santé.

Au cours des années 70, à la suite de transformations importantes, le programme d'**Assurance-chômage** devient accessible à presque tous les employés. On améliore les prestations déjà offertes et on en introduit de nouvelles

pour compenser les pertes de revenu occasionnées par la maladie, la maternité et la retraite.

On élargit le champ d'application du programme d'**Allocations familiales**, qui relève de Santé et Bien-être social Canada, de façon à augmenter les prestations et à inclure les enfants à charge de moins de 18 ans. Le programme du **Crédit d'impôt pour enfants**, inauguré en 1978, procure des prestations supplémentaires aux bénéficiaires d'Allocations familiales à revenu faible ou moyen.

Depuis 1975, les conjoints des bénéficiaires d'une pension de la Sécurité de la vieillesse, âgés de 60 à 64 ans, à faible revenu, peuvent se prévaloir de l'**Allocation au conjoint**. Ces couples qui comptent un pensionné seulement se voient donc garantir un revenu minimal.

Les années 80

La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 vient renforcer des mesures législatives déjà en vigueur sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie et définit clairement les normes nationales auxquelles doivent répondre les régimes provinciaux pour être admissibles à une contribution financière de la part du gouvernement fédéral. La loi, administrée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, est conçue de manière à décourager les médecins et hôpitaux de percevoir des frais directement auprès des malades.

Figure 2 Événements marquants de l'histoire de la santé et du bien-être social au Canada

1867 – Acte de l'Amérique du Nord britannique

1884 – Première loi provinciale sur la santé publique

1890 – Création d'organismes bénévoles
(et après)

1914 – Premier programme provincial d'indemnisation des accidentés du travail
1916 – Premier programme provincial d'allocations maternelles

1920 – Premiers régimes municipaux d'hospitalisation
(et après)
1927 – Pensions de vieillesse

1930 – Régimes d'assurances de soins médicaux sous l'égide
(et après) des médecins
1930 – Allocations aux anciens combattants
1930-1937 – Lois sur le soulagement du chômage

1941 – Assurance-chômage
1945 – Allocations familiales
1946 – Premier régime provincial d'assurance-hospitalisation
– Pensions et allocations de guerre pour les civils
1948 – Subventions nationales à la santé

1951 – Allocations aux aveugles
– Assistance-vieillesse
– Sécurité de la vieillesse
1953 – Loi des aliments et drogues
1954 – Allocations aux invalides
1955 – Loi sur l'assurance-chômage, modifiée
1956 – Assistance-chômage
1957 – Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques

Durant les années 1980, de concert avec les autorités provinciales et territoriales et des organismes professionnels et bénévoles, deux directions générales, à savoir Services et promotion de la santé et Condition physique et Sport amateur, élaborent et mettent en oeuvre plusieurs programmes d'éducation et de sensibilisation du public axés sur la promotion de la santé et la prévention des risques sur le plan de la santé. Jusqu'ici, elles ont insisté sur des questions telles que la condition et l'activité physiques, le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues et la nutrition. Parallèlement, Santé et Bien-être social Canada déploie énormément d'efforts pour inciter les Canadiens à adopter des habitudes de vie qui favorisent le bien-être physique, mental et social.

1961	– Loi sur la condition physique et le sport amateur
	– Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides
1962	– Premier programme provincial d'assurance-maladie
	– Subventions nationales au bien-être social
1964	– Allocations aux jeunes
1966	– Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec
	– Régime d'assistance publique du Canada
	– Caisse d'aide à la santé
1967	– Supplément de revenu garanti
1968	– Loi sur les soins médicaux
1971	– Loi sur l'assurance-chômage, modifiée
1972	– Nouveaux Horizons
1973	– Loi de 1973 sur les allocations familiales
1974	– Nouvelle perspective de la santé des Canadiens
1975	– Allocation au conjoint
	– Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)
1977	– Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis
1978	– Crédit d'impôt pour enfants
1984	– Loi canadienne sur la santé
1985	– Élargissement du programme d'allocation au conjoint
	– Ententes sur les possibilités d'emploi des bénéficiaires de l'assistance sociale
1986	– La Santé pour tous
1987	– Stratégie nationale sur la garde des enfants
	– Stratégie nationale antidrogue
1988	– Programme d'aide à l'autonomie des aînés
	– Stratégie sur la prévention de la violence en milieu familial
	– Loi réglementant les produits du tabac

En 1986, un document de travail national intitulé « La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé » propose une stratégie complète en promotion de la santé qui a pour ambition de relever les défis actuels dans le domaine de la santé. À la même époque, les autorités fédérales adoptent la **Stratégie nationale antidrogue**.

Au cours des années 80, on assiste à des percées importantes dans des domaines tels que les transplantations d'organes, et la recherche sur les cardiopathies et le cancer progresse à grands pas.

Avec le chômage élevé et la crise économique qui caractérisent le début des années 80, le nombre de bénéficiaires d'assistance sociale monte en flèche. Les autorités publiques y réagissent en mettant l'accent sur la création d'emplois et l'aide à l'emploi. En 1985, les initiatives fédérales, provinciales et territoriales destinées à augmenter la capacité des assistés sociaux de trouver un emploi, laissent entrevoir de nouvelles perspectives professionnelles pour les chômeurs.

De profonds remaniements sont apportés au **Régime de pensions du Canada** au cours des années 80. Le champ d'application des pensions d'invalidité est élargi; l'âge de la retraite devient souple et le régime de pensions plus équitable. Le programme d'**Allocation au conjoint** est également étendu aux veufs et veuves à faible revenu, de 60 à 64 ans.

En 1987, Santé et Bien-être social Canada met au point une **Stratégie nationale sur la garde des enfants** afin de donner aux parents des choix pour la garde de leurs enfants et pour que ce service soit plus accessible, plus abordable et de meilleure qualité au Canada.

En 1988, on annonce une augmentation des crédits affectés à la lutte contre la violence familiale. Cette mesure vise six ministères fédéraux, dont Santé et Bien-être social Canada.

Le partage des responsabilités

Au Canada, la santé et le bien-être social ont traditionnellement été une responsabilité de l'individu qui bénéficie dans bien des cas de l'appui de la famille et des amis. Les organisations religieuses et bénévoles et les administrations locales viennent en aide aux gens par le biais de services offerts à la collectivité. À un autre niveau, ce sont les provinces qui assument la plus grande part des responsabilités liées à la prestation de services de santé et de bien-être social. Pour sa part, l'administration fédérale exerce énormément d'influence sur le plan législatif et par sa participation financière.

Les secteurs bénévole et privé

Au Canada, des centaines d'organismes bénévoles viennent en aide aux familles, aux jeunes, aux personnes âgées, aux handicapés et aux autochtones. Les services dispensés par des bénévoles dévoués consistent entre autres à procurer de la nourriture, des vêtements et un abri à ceux qui en ont besoin, à offrir des conseils en période de difficulté, une aide juridique, de l'aide familiale et du soutien à domicile, à orienter les contrevenants et à assurer une présence auprès des personnes seules. En outre, les organismes bénévoles encouragent le conditionnement physique ainsi que les activités récréatives et sportives et mènent des activités de sensibilisation auprès de la population et entreprennent ou appuient des projets de recherche. Bon nombre de Canadiens comptent sur l'appui et l'expérience de ces organismes en période de difficulté.

Le secteur privé est également très actif sur le plan des services au Canada. En effet, des entreprises privées procurent des produits pharmaceutiques, offrent des soins à domicile, des foyers pour personnes âgées, des services en établissement pour les handicapés et les enfants, des garderies ou d'autres services. Souvent, les autorités publiques se procurent ces biens et services.

Les activités municipales et régionales

Au Canada, les municipalités et départements régionaux de santé jouent un rôle appréciable dans les domaines de l'hygiène du milieu et de la santé publique. Par exemple, ils assument la responsabilité des soins de santé primaire notamment par l'approvisionnement de la population en eau potable et le traitement des égouts et ils administrent des programmes de santé publique tels que l'inspection des aliments et l'immunisation. Certaines municipalités offrent également des programmes d'assistance sociale et dispensent des services sociaux (en collaboration avec les provinces).

Les activités provinciales

Pour la majorité des Canadiens, les soins de santé de base (services hospitaliers et médicaux) sont assurés par les administrations provinciales et territoriales. Les autorités provinciales sont responsables de tous les aspects de la prestation de soins de santé, notamment la négociation des honoraires et salaires pour les dispensateurs de soins de santé, la définition des normes hospitalières et l'établissement de budgets de fonctionnement et d'immobilisations des hôpitaux. La plupart des provinces assument également une partie des coûts des soins dentaires pour les enfants, des médicaments d'ordonnance pour les personnes âgées et d'autres services importants.

Les provinces (et municipalités) administrent des programmes d'assistance sociale et des services tels que l'aide familiale, de counseling et de réadaptation. Santé et Bien-être social Canada partage le coût de la majorité de ces programmes en vertu du **Régime d'assistance publique du Canada**, qui relève de la Direction générale des programmes de service social.

De plus, les provinces sont responsables de l'indemnisation des accidentés du travail et s'occupent de l'assistance-logement et des programmes d'aide aux personnes âgées et aux enfants.

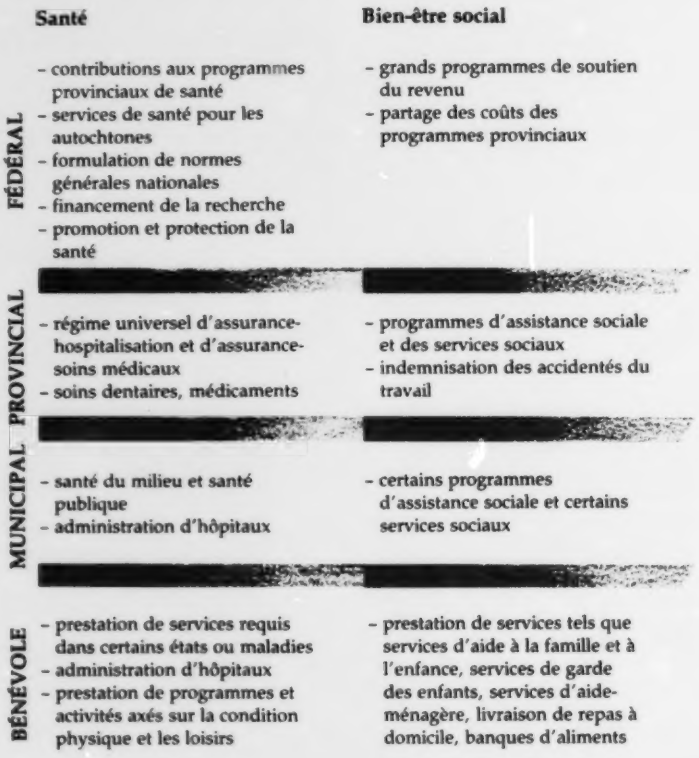
Les activités fédérales

Le budget de l'administration fédérale et, par conséquent, son pouvoir d'achat, a contribué à façonner les programmes canadiens de santé et de bien-être social et à la prestation de services de base d'un bout à l'autre du pays. Santé et Bien-être social Canada finance directement et administre des programmes nationaux de protection de la santé et de sécurité du revenu et apporte une contribution financière appréciable aux programmes provinciaux axés sur la santé et les services sociaux. En outre, le Ministère facilite l'échange d'information et s'emploie, de concert avec les provinces et territoires, à trouver des solutions aux problèmes qui se présentent.

Le Ministère élabore des lignes directrices et des normes, et s'occupe de promouvoir des modes de vie plus sains orientés vers l'activité physique et veille à l'innocuité et à la qualité des aliments, des médicaments et des instruments médicaux. Il joue en permanence un rôle de chef de file dans les domaines de la recherche, de l'élaboration d'approches novatrices en soins de santé et de la prestation de services de bien-être social. Il va sans dire qu'une bonne partie de ces efforts sont menés conjointement avec d'autres ministères et organismes fédéraux, des administrations provinciales et locales et les secteurs bénévole et privé. De plus, Santé et Bien-être social Canada octroie des subventions de soutien aux organismes bénévoles nationaux et finance des projets de recherche, des projets pilotes et d'autres projets axés sur la condition physique et le bien-être social, réalisés par des groupes de citoyens, des universités et des organismes bénévoles et autres.

Les Inuit et Indiens inscrits et d'autres résidents du Nord canadien relèvent de l'administration fédérale. De concert avec les territoires et divers organismes fédéraux et services régionaux, Santé et Bien-être social Canada s'emploie, par l'entremise de la Direction générale des services médicaux, à préserver et à améliorer la santé des Indiens et Inuit du Canada et à procurer des services de santé aux résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. Récemment, il a réussi à négocier une entente qui permet de transférer aux Territoires du Nord-Ouest la responsabilité liée aux services de soins de santé dispensés dans ce territoire, et qui incombait auparavant aux autorités fédérales.

Figure 3 Répartition des principales responsabilités



Les dépenses liées à la santé et au bien-être social

Le Canada, à l'instar des autres grands pays industrialisés, consacre un budget énorme à la santé et au bien-être social. Le budget des dépenses publiques dans ces domaines a plus que doublé, passant de 8,3 p.100 du Produit intérieur brut (PIB) en 1960 à 16,7 p.100 en 1985. Il représentait 28,6 p.100 de l'ensemble des dépenses gouvernementales en 1960 pour passer à 36,1 p.100 en 1985, ce qui reflète un accroissement de l'engagement du secteur public dans le sens de la sauvegarde de la santé et du bien-être social.

La plupart des services de santé et de bien-être social sont une responsabilité provinciale. Le gouvernement fédéral s'occupe de promouvoir des niveaux uniformes de services aux quatre coins du Canada à l'aide d'une formule de paiements de transfert. Il s'agit d'une aide financière que les gouvernements fédéral ou provinciaux versent directement à certains groupes (par exemple les personnes âgées) ou de paiements de transfert entre les différents paliers de l'administration publique.

Figure 4.1 Dépenses publiques associées à la santé et au bien-être social en pourcentage du PIB et de l'ensemble des dépenses publiques, Canada, 1960-1985

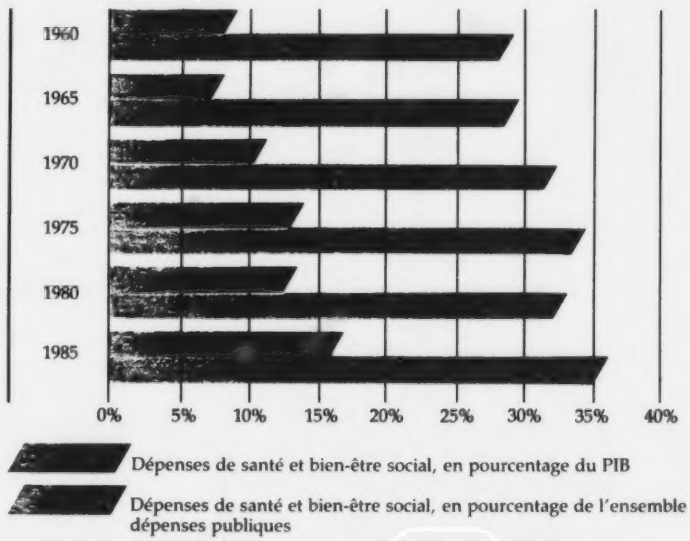
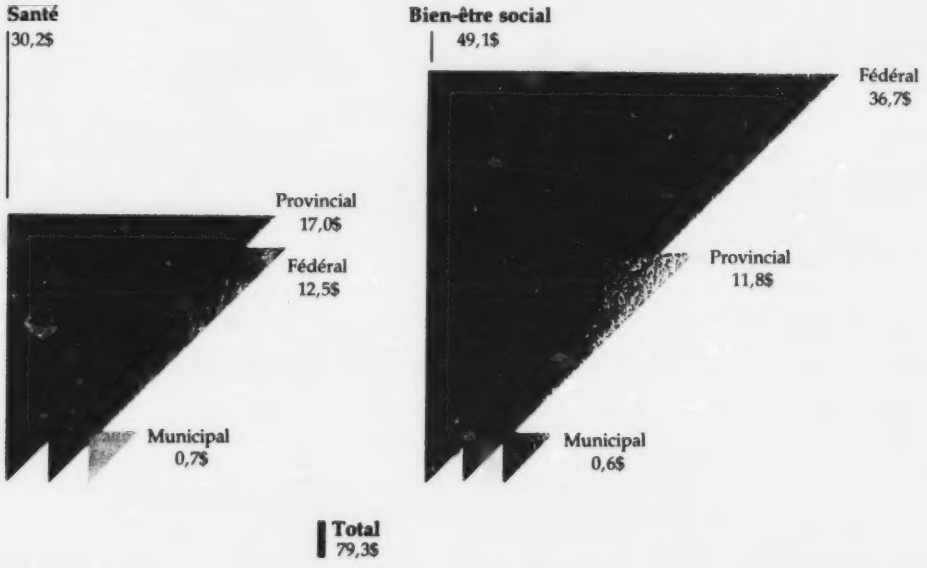


Figure 4.2 Dépenses publiques associées à la santé et au bien-être social selon le palier de gouvernement, Canada, 1985 (en milliards)



Cet effort fiscal concerté a donné lieu à un réseau national complet de soins de santé et de programmes de soutien du revenu et de services sociaux.

La part de l'ensemble des dépenses publiques liées à la santé et au bien-être social assumée par les différents paliers de l'administration publique est d'environ 62 p.100 pour le fédéral, 36 p.100 pour les provinces et 2 p.100 pour les municipalités. L'importance de la participation fédérale rend compte de l'envergure des programmes des **Allocations familiales** et de la **Sécurité de la vieillesse** de Santé et Bien-être social Canada.

Les soins universels de santé et l'aide accordée aux Canadiens à faible revenu accaparent la plus grande part — environ le tiers dans chaque cas — de l'ensemble des dépenses publiques liées à la santé et au bien-être social. Le reste du budget est consacré en grande partie au soutien du revenu pour les personnes âgées.

Pour obtenir une idée de l'importance relative des dépenses liées à la santé et au bien-être social, il suffit de comparer celles-ci à une mesure de la production économique globale d'un pays et avec les données applicables à d'autres pays.

La part que représente le budget consacré à la santé au Canada par rapport à son Produit intérieur brut se rapproche beaucoup de la moyenne applicable aux pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

La part du budget canadien affectée à l'assurance-chômage, cependant, est supérieure à la moyenne de l'OCDE alors que le budget consacré aux pensions est inférieur surtout parce que la population canadienne est plus jeune et que l'accent est mis sur les régimes privés de pensions. En ce qui concerne les dépenses globales, la part du PIB affectée à la santé et au bien-être social est légèrement inférieure au Canada (16,7 p.100) comparativement à d'autres pays industrialisés (18 p.100, en moyenne, dans les pays membres de l'OCDE).

Figure 4.3 Dépenses publiques associées à la santé et au bien-être social selon la catégorie, Canada, 1985 (en milliards)

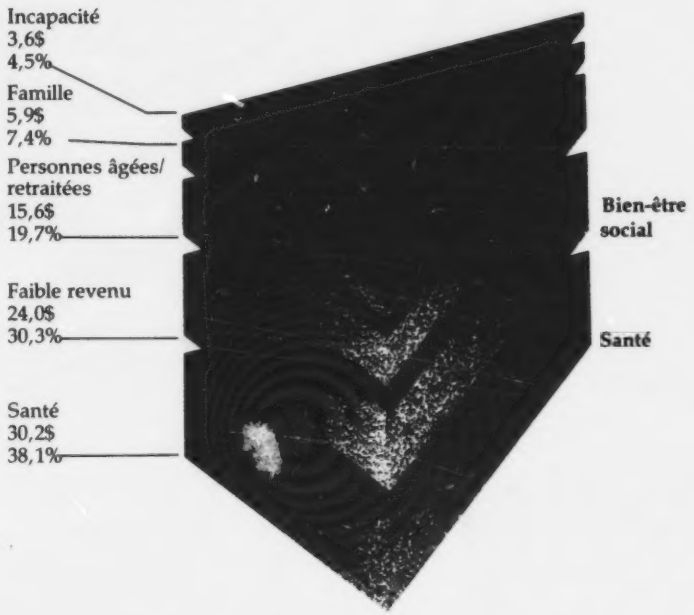
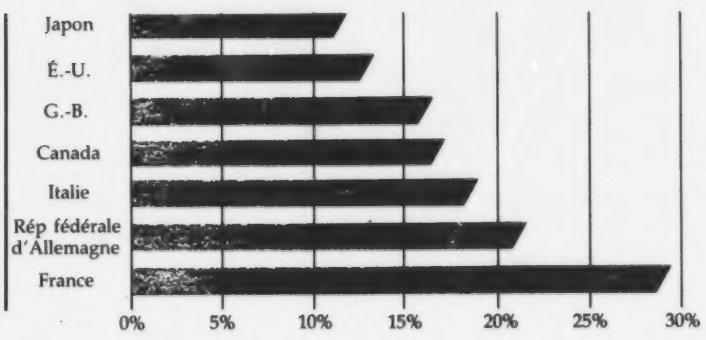


Figure 4.4 Dépenses associées à la santé et au bien-être social, en pourcentage du PIB, selon le pays, 1985



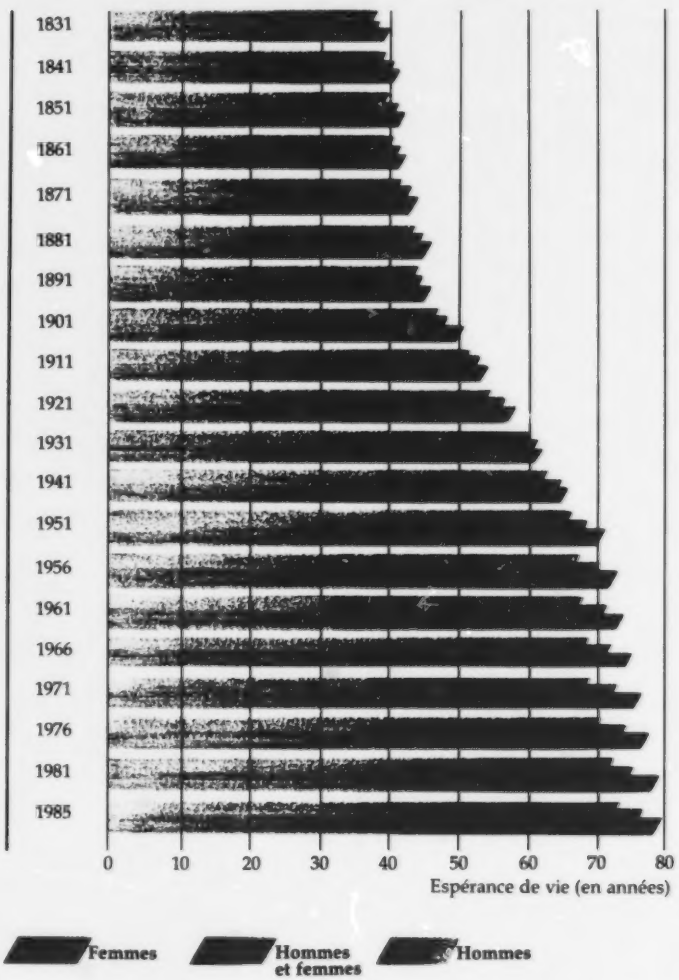
Un peuple en santé

Le Canada a pu, grâce à la mise en commun des efforts des organismes bénévoles, des associations professionnelles, des citoyens et des administrations publiques, mettre en place un réseau de soins de santé des plus accessibles et des plus perfectionnés au monde.

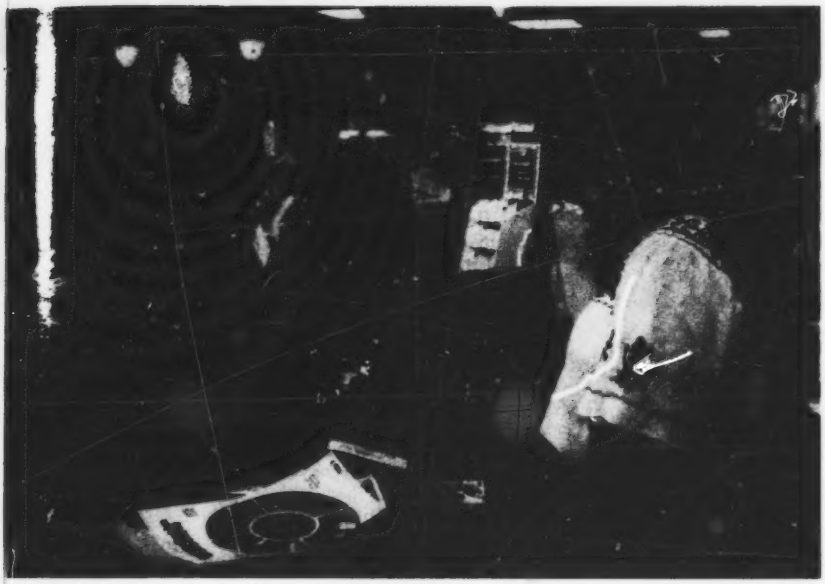
À l'heure actuelle, les Canadiens sont dans le peloton de tête des peuples les mieux portants. Avec une espérance de vie moyenne de 80 ans à la naissance pour les femmes et de 73 ans pour les hommes (comparativement à 62 et 60 ans respectivement en 1931), le Canada figure parmi les dix pays les plus privilégiés sur ce plan. Le Canada peut également se vanter de faire partie des pays où le taux de mortalité des nouveau-nés est le moins élevé — seulement huit décès sur 1 000 naissances vivantes, comparativement à 86 sur mille en 1931.

Des progrès considérables ont également été réalisés dans la lutte contre certaines maladies. Par exemple, au cours des 20 dernières années, le nombre de femmes de 25 à 74 ans décédées des suites d'une cardiopathie a diminué de 40 p.100, et le nombre d'hommes, de 30 p.100. Pour les deux sexes, le nombre de décès consécutifs à un accident cérébro-vasculaire a diminué de 50 p.100.

Figure 5.1 Espérance de vie à la naissance, Canada, 1831-1985



Bien que le niveau de santé des Canadiens se situe parmi les meilleurs au monde, certaines préoccupations s'imposent de façon permanente, soit les risques à la santé, les inégalités quant à l'état de santé de la population, et le coût des soins de santé.



Les administrations publiques à tous les niveaux œuvrent ensemble dans le sens d'une plus grande intégration des services de santé et des services sociaux. Par exemple, dans une province, les centres locaux de santé communautaire pourvoient aux besoins de leur clientèle en service social et en santé. Dans une autre, un programme de soins hospitaliers extra-muros permet aux malades de bénéficier de services hospitaliers à domicile, sous la surveillance d'un médecin. L'accent est mis sur les soins gériatriques complets et les mécanismes de soutien qui aident à fournir des solutions de rechange viables au placement en établissement des personnes âgées et des handicapés, par exemple la livraison de repas à domicile, des soins à domicile, des soins de relève et des haltes-accueil.

Depuis le début du siècle, les affections chroniques et les problèmes de santé mentale sont en tête de liste des problèmes de santé des Canadiens, détrônant ainsi les maladies transmissibles. Les affections telles que l'arthrite, l'hypertension, le cancer, les problèmes respiratoires, la dépression et la toxicomanie nuisent à la santé et à la qualité de vie de bien des Canadiens, surtout les personnes du troisième âge. Ces affections sont largement conditionnées par des facteurs de risque environnementaux et comportementaux, notamment le stress engendré par la vie d'aujourd'hui.

La promotion de la santé et la condition physique

Afin d'aider les Canadiens à mieux composer avec les maladies chroniques, l'incapacité et le stress de la vie moderne, Santé et Bien-être social Canada a décidé d'adopter une stratégie globale en matière de promotion de la santé par le biais de la Direction générale des services et de la promotion de la santé telle qu'élaborée dans « La Santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé ». Fondée sur la définition retenue par l'Organisation mondiale de la Santé, qui veut que la promotion de la santé désigne le processus qui consiste à permettre aux gens de mieux maîtriser et d'améliorer leur santé, cette stratégie renferme trois grands volets : renforcer la participation du public, coordonner les politiques favorisant la santé et consolider le réseau des services communautaires de santé, ce qui permettrait d'élaborer des initiatives pour relever les défis en matière de santé au Canada.

La **Stratégie nationale antidrogue**, lancée en mai 1987, témoigne de cette approche en matière de promotion de la santé. Onze ministères fédéraux et toutes les provinces et les deux territoires ont pris part activement à l'élaboration et à l'application d'une série d'initiatives qui ont pour objet de prévenir la consommation abusive de l'alcool et des drogues. Parmi les éléments de la stratégie figurent l'information et la sensibilisation du public, l'éducation et la formation, et un programme d'action

Figure 5.2 Principales causes de décès, Canada, 1986

communautaire de lutte contre les toxicomanies à l'échelon local. Des crédits sont également mis à la disposition des bénévoles pour les aider à mener des activités de prévention dans leurs propres collectivités.

Les accidents demeurent la principale cause de mortalité chez les jeunes. Récemment, Santé et Bien-être social Canada a joint ses efforts à ceux du ministère de la Justice, du Solliciteur général et de Transports Canada pour lancer une initiative à long terme qui vise à réduire le taux de conduite avec facultés affaiblies, surtout chez les jeunes de 16 à 24 ans. Le programme comprend divers volets : une campagne de sensibilisation du public, l'élaboration d'un programme de sensibilisation des conducteurs à la conduite avec facultés affaiblies, des initiatives axées sur l'élaboration et la mise en œuvre de programmes pilotes à l'échelon local et l'octroi de fonds aux groupes communautaires pour les aider à réduire l'ampleur du phénomène.

Étant donné que l'usage du tabac est la principale cause de décès et de maladie qu'il est possible de prévenir au Canada, l'administration fédérale a choisi de s'attaquer au tabagisme par l'adoption d'une approche globale en la matière. Des mesures législatives récentes ont permis d'interdire la publicité qui touche les produits du tabac au Canada. En outre, la Direction générale des services et de la promotion de la santé a mis en place, de concert avec les provinces et plusieurs associations bénévoles nationales, un vaste programme qui vise à promouvoir l'objectif d'une société sans fumeurs. Parmi les activités du programme figurent l'aide à la recherche et aux initiatives communautaires et une foule d'activités axées sur l'information et la sensibilisation.

Administré par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, le **Programme de contributions à la promotion de la santé** aide financièrement les organismes de santé et les associations bénévoles qui, par des initiatives communautaires, donnent aux Canadiens la possibilité de trouver des réponses à des questions de santé qui les préoccupent. À l'heure actuelle, cette aide vise essentiellement les projets qui ont pour objectif de supprimer les obstacles auxquels se heurtent les femmes, les personnes handicapées, les personnes âgées, les enfants et les adolescents dans le domaine de la santé.

De plus, la Direction générale de la condition physique et du sport amateur aide les Canadiens à améliorer leur condition physique et à adopter des modes de vie plus sains. Elle a recours à des subventions, à des

services consultatifs, à des programmes spéciaux et à la documentation pour amener la population à découvrir les avantages personnels, sociaux et économiques associés à une bonne forme physique. Elle mène des initiatives spéciales qui s'adressent à des groupes cibles précis, dont les aîné(e)s, les jeunes, les personnes handicapées et les employés en milieu de travail. Elle octroie des fonds et offre des services à des organismes nationaux de sport, à des athlètes amateurs, à des chercheurs du milieu universitaire et à des spécialistes des sciences sportives. En outre, elle organise des manifestations internationales au Canada et favorise des échanges internationaux dans le domaine du sport.

Dans l'ensemble, les Canadiens ont raisonnablement accès aux soins de santé dont ils ont besoin. Cependant, en dépit d'efforts importants en vue de créer de nouveaux emplois, d'étendre le réseau de services de santé et de services sociaux et de procurer un filet de sécurité universel, tous ne bénéficient pas également des avantages d'une vie longue et saine. Certains groupes défavorisés, surtout les autochtones, les femmes âgées, les immigrants et les femmes chefs de familles monoparentales, ont une espérance de vie inférieure et un taux d'incapacité supérieur à la moyenne des gens au Canada ainsi qu'un état de santé moins reluisant.

La protection de la santé des Canadiens

C'est autour de la Direction générale de la protection de la santé que s'articulent les efforts entrepris à l'échelle nationale pour protéger les Canadiens contre les facteurs de risque naturels et créés par l'homme qui peuvent contribuer à la maladie et à un décès prématuré. Avec le concours d'autres ministères fédéraux, la Direction générale veille à l'innocuité et à la qualité nutritive des aliments mis à la disposition de la population et incite celle-ci à prendre conscience de la valeur d'un régime sain et équilibré. À l'appui de ces initiatives, des données scientifiques sont recueillies par les laboratoires de recherches de la Direction générale.

En outre, la Direction générale met au point des normes relatives à l'hygiène du milieu et à l'hygiène professionnelle dans des domaines tels que la qualité de l'eau et l'exposition aux agents toxiques (par exemple les pesticides, les produits chimiques, psychoactifs et radioactifs); elle veille également à l'innocuité des produits de soins de santé mis à la disposition des consommateurs et utilisés par des professionnels, notamment les médicaments, les appareils médicaux et les produits cosmétiques.

De plus, la contribution de la Direction générale sur les plans de la prévention, du diagnostic et de l'étiologie est appréciable. Ses efforts se sont traduits par une diminution du taux de maladies congénitales et infantiles, et viennent compléter les pro-

grammes provinciaux et locaux en génétique démographique, en counseling et en immunisation.

Une des priorités actuelles du Ministère consiste à lutter contre la propagation du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) et d'autres maladies transmissibles sexuellement. En 1988, les autorités fédérales ont renforcé leur programme de lutte contre le sida, qui s'étend jusqu'à 1993. Ce programme, coordonné par le Centre fédéral sur le sida et la Direction générale de la protection de la santé, intervient dans différents secteurs : intensification de la recherche en médecine et en pharmacologie, initiatives visant à rehausser la sensibilisation du public aux problèmes et solutions, projets communautaires novateurs et encouragement des efforts scientifiques de lutte contre la maladie à l'échelle internationale.

La promulgation, en 1988, de la *Loi réglementant les produits du tabac* s'inscrit dans le cadre de l'approche globale visant à restreindre la consommation du tabac. Cette Loi fournit les assises réglementaires et fixe des délais pour l'interdiction de la publicité sur les produits du tabac; elle prévoit des mises en garde plus fermes contre les dangers du tabac sur l'emballage des produits et limite la commandite des manifestations culturelles et sportives par l'industrie du tabac. Conjuguée avec d'autres initiatives publiques visant à restreindre l'usage du tabac dans les locaux fédéraux et à interdire la cigarette dans le cas des vols commerciaux de deux heures et moins, la Loi représente un énorme pas en avant vers une société qui reconnaît ouvertement les dangers du tabagisme et l'importance des efforts de prévention.

Les services de santé et l'assurance-maladie

Le réseau canadien de soins de santé repose sur un régime universel d'assurance-maladie administré et financé par l'État, qui prend entièrement en charge le coût des services hospitaliers et médicaux nécessaires. L'accès à ces services n'est pas limité par la capacité de payer étant donné que les primes d'assurance sont payées d'avance par le biais du secteur public.

Chaque province et territoire administre son propre régime d'assurance-maladie, mais reçoit des fonds de Santé et Bien-être social Canada destinés à couvrir une partie des coûts. Pour être admissibles à cette aide fédérale, les provinces doivent s'assurer que tous les résidents ont raisonnablement accès aux services hospitaliers et médicaux nécessaires, et qu'ils ne sont pas tenus d'acquitter des frais sur les lieux où sont dispensés les services. En outre, chacune doit montrer que son régime est sans but lucratif et administré par les autorités publiques, que ses avantages sont transférables d'une province à l'autre et que la protection assurée aux résidents est intégrale.

Tous les régimes provinciaux d'assurance-maladie couvrent les services essentiels dispensés par les médecins à domicile, dans leur cabinet de consultation ou dans des hôpitaux. Les soins offerts aux malades hospitalisés comprennent les repas et le séjour ainsi que les médicaments, fournitures, tests diagnostiques nécessaires et des services de consultation externe. Certaines provinces

assurent des services de santé additionnels. Les provinces peuvent débiter aux malades chroniques les coûts des repas et de l'hébergement.

En élaborant des normes, lignes directrices et systèmes d'information nationaux avec le concours des provinces et territoires, Santé et Bien-être social Canada aide les provinces à planifier et à administrer leur réseau de soins de santé.

Au cours de la dernière décennie, le rapport lits d'hôpitaux-population est demeuré stable au Canada, se situant à environ sept lits par millier d'habitants. Toutefois, ces dernières années, la composition des lits a considérablement changé, passant des lits réservés aux courts séjours aux lits affectés aux soins prolongés, compte tenu des besoins de la population vieillissante.

Au Canada, il y a environ un médecin pour 580 Canadiens (les omnipraticiens et les spécialistes étant répartis également) et environ une infirmière pour 95 habitants.

Les services de santé pour groupes spéciaux

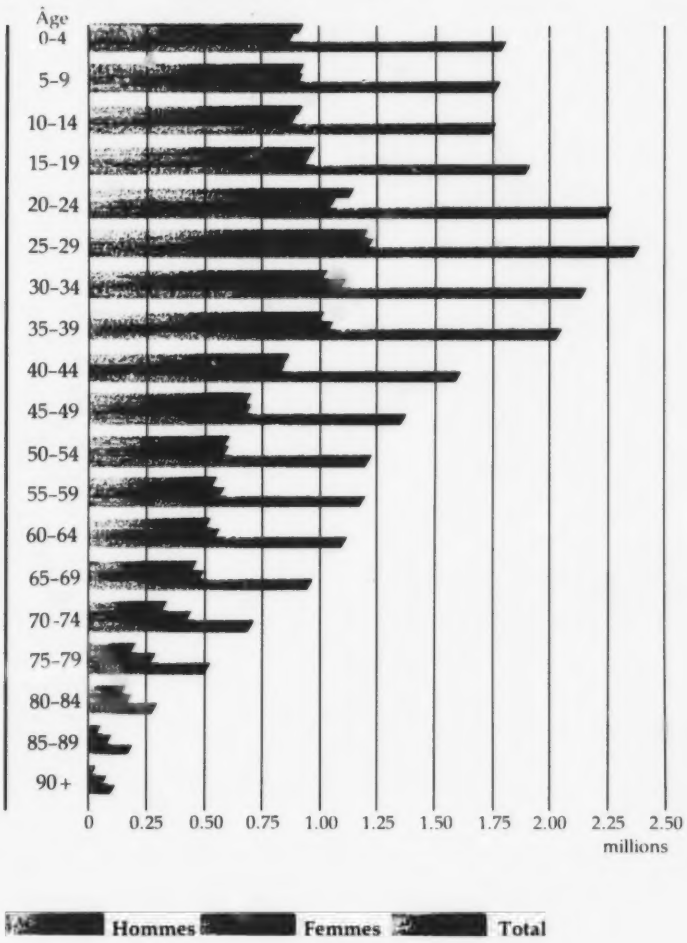
La Direction générale des services médicaux assure bien des services de santé à des groupes spéciaux tels que les immigrants reçus, les personnes voyageant à l'étranger, les fonctionnaires et les autochtones. Elle administre des services de santé en milieu de travail à l'intention des fonctionnaires au pays et à l'étranger, réalise des examens médicaux et des enquêtes dans l'intérêt de la sécurité aérienne et fait passer des tests à des candidats à l'immigration et à certains visiteurs au Canada.

Près de deux pour cent de la population canadienne est composée d'autochtones qui vivent souvent dans des réserves, dans des régions reculées où les soins de santé sont moins accessibles qu'ailleurs au Canada. Leur situation et leurs préoccupations diffèrent sensiblement de celles des non-autochtones. Par exemple, le pourcentage de familles autochtones monoparentales est presque deux fois supérieur à celui qui s'applique aux familles non autochtones, et les taux de fécondité et de mortalité chez les autochtones sont supérieurs à la moyenne canadienne. Les accidents et les cas de violence sont d'importantes causes de décès.

La Direction générale des services médicaux, de concert avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord, mène diverses activités pour éliminer les problèmes de santé et les problèmes sociaux propres aux autochtones. Ainsi, le **Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones** vise à atténuer le problème des toxicomanies. La Direction générale dirige également des hôpitaux, des centres de consultation externe et des postes de soins infirmiers pour autochtones et assure la formation des infirmières, des spécialistes de soins dentaires et d'autres professionnels des soins de santé (autochtones et non autochtones) en vue de les préparer à dispenser des soins de santé primaire dans des régions reculées. Elle s'emploie, en collaboration avec des groupes d'autochtones, à transférer aux mains des autorités territoriales et des collectivités autochtones à l'intérieur des provinces la responsabilité liée à l'administration et à la prestation de services de santé aux autochtones. En 1988, des ententes ont été conclues avec deux groupes de la Colombie-Britannique. Plusieurs autres collectivités sont mises à contribution dans les travaux de planification de transfert.

Le soutien social aux Canadiens

Figure 6.1 Population du Canada, 1986



Ensemble, les Canadiens ont fondé une nation dynamique et jouissent d'un niveau de vie et d'autonomie qui ne cesse de croître. Des groupes de citoyens, des employeurs, des organismes bénévoles et les administrations publiques cherchent à favoriser cette sécurité économique croissante et à faciliter l'accès aux services sociaux et, au besoin, à une aide financière. Le soutien aux familles, aux aîné(e)s, aux handicapés et aux personnes à faible revenu, destiné à leur permettre de mener des vies pleines et satisfaisantes, voilà l'objectif du réseau canadien de soutien social.

Les familles

La structure des familles canadiennes a subi de profonds changements depuis le début du siècle. Au début des années 1900, la famille type était composée d'un mari, de son épouse et des enfants qui vivaient ensemble dans un milieu rural aux côtés ou à proximité de proches parents. Cette famille ''élargie'' était interdépendante et essentiellement autosuffisante. Avec l'industrialisation, la société canadienne s'est fortement urbanisée et est devenue très mobile, et la taille de la famille type a beaucoup diminué.

Voici les grandes tendances qui touchent la famille canadienne d'aujourd'hui :

- Moins de 14 p.100 des familles canadiennes cadrent avec le modèle traditionnel, à savoir deux parents et un chèque de paie.
- Dans plus de 60 p.100 des familles biparentales, les parents travaillent tous deux à l'extérieur.
- Les chefs de familles monoparentales canadiennes (13 p.100) sont majoritairement des femmes.
- Quarante-quatre pour cent de la population active est composée de femmes.
- Cinquante-huit pour cent des femmes ayant des enfants de moins de six ans font partie de la population active.
- Le taux de divorce a augmenté de près de sept fois au cours des 25 dernières années, passant de 36 à 244 par 100 000 Canadiens.
- La moitié de tous les divorces concerne des familles avec enfants.
- Le taux de mariage continue de chuter; en revanche, le nombre d'unions libres a augmenté considérablement.
- La taille de la famille moyenne a diminué au cours des 25 dernières années, passant de 3,9 à 3,1 membres.
- Quarante-deux pour cent des familles avec enfants de moins de 18 ans n'en ont qu'un alors que 41 p.100 en ont deux; seulement 17 p.100 ont trois enfants ou plus; il y a 14 ans, 30 p.100 avaient trois enfants ou plus.

Figure 6.2 Composition de la famille, Canada, 1986

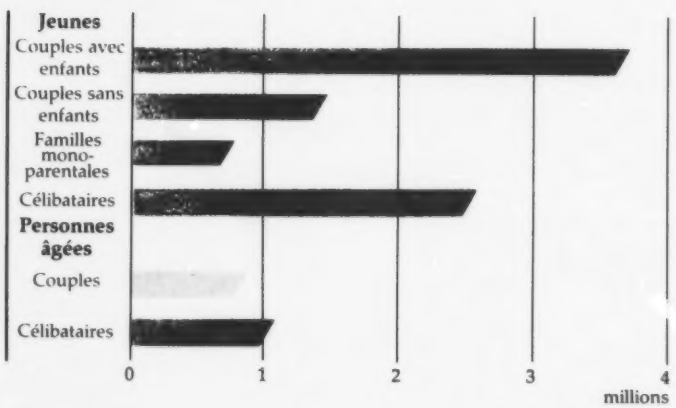


Figure 6.3 Taille de la famille moyenne, Canada, 1961-1986

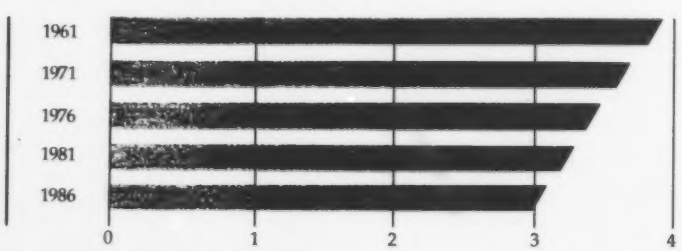


Figure 6.4 Taux de divorce, Canada, 1960-1985

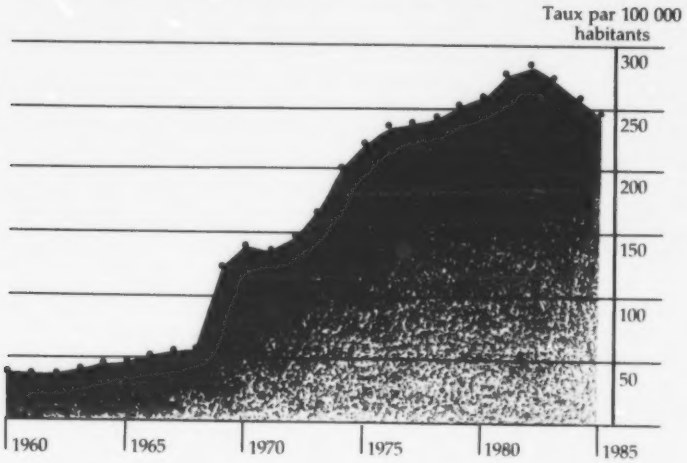
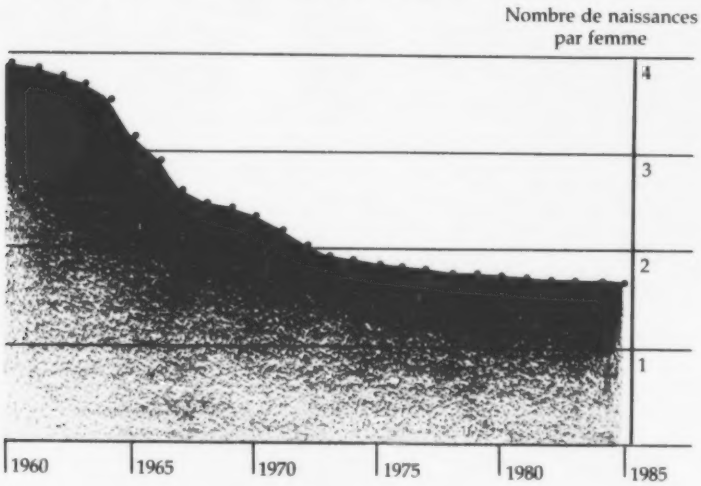


Figure 6.5 Taux de fécondité, Canada, 1960-1985



Les taux de fécondité ont baissé rapidement au cours des années 60 et 70, et se sont stabilisés au cours des années 80 à un niveau inférieur au taux de renouvellement de la population.

On compte maintenant davantage de familles monoparentales, de familles formées à la suite d'un remariage, de pères au foyer et d'unions libres. Chacune de ces situations pose des défis particuliers et continue de se répercuter sur la politique sociale au Canada.

Les services destinés aux familles

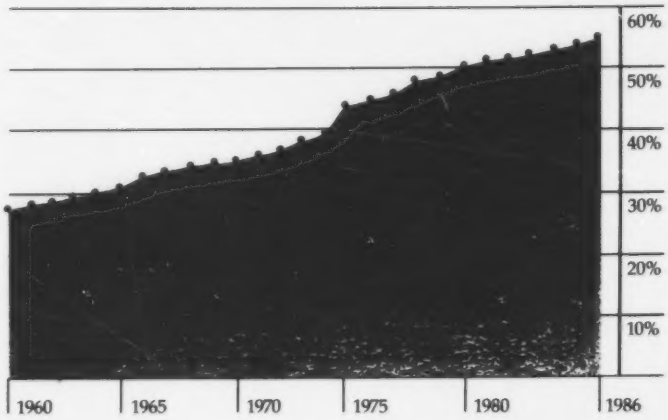
Les organismes bénévoles, les municipalités et les provinces procurent tous un vaste éventail de services aux familles, y compris les services d'aide et de soutien à domicile, les services de counseling, de réadaptation et d'adoption. Font également partie de cette catégorie les mesures destinées à faciliter le maintien des enfants au foyer en période de difficulté, et à assurer la protection des enfants maltraités ou négligés. La plupart de ces services sont assurés par Santé et Bien-être social Canada, dans le cadre du **Régime d'assistance publique du Canada**,

administré par la Direction générale des programmes de service social, en vertu d'accords conclus avec les provinces concernant le partage des coûts. Le régime partage également une partie des coûts d'entretien des enfants placés en foyer nourricier et des soins dispensés dans des foyers de soins spéciaux, par exemple les foyers pour victimes de violence en milieu familial, les centres d'accueil pour les victimes de viol et les foyers de transition.

La Direction générale de la politique, des communications et de l'information entreprend des analyses politiques sérieuses sur la garde des enfants, la violence sexuelle à l'égard des enfants, la violence en milieu familial et le divorce.

La demande en services de garde des enfants a crû ces dernières années, tout comme la proportion de familles monoparentales et de familles où les deux parents travaillent. La garde des enfants non axée sur les parents est une responsabilité provinciale et comprend les soins dispensés dans les garderies (publiques, privées ou sans but lucratif), les services de garde de jour en milieu familial et diverses autres formules. Une aide est fournie dans le cas de parents à faible revenu au titre de la garde des enfants dans des établissements reconnus. Compte tenu de l'augmentation et de la diversité des besoins des familles d'aujourd'hui, Santé et Bien-être social Canada a lancé une **Stratégie nationale sur la garde des enfants** qui prévoit des dispositions fiscales spéciales pour les familles comptant de jeunes enfants, une caisse de recherche et de développement et un mécanisme de partage de coûts destiné à remplacer les dispositions du **Régime d'assistance publique du Canada**.

Figure 6.6 Taux de participation des femmes à la population active, Canada, 1960-1986



Pour ce qui est de la violence sexuelle à l'égard des enfants, le Code criminel canadien a été révisé de façon à assurer une protection plus complète aux enfants. Ces changements sont renforcés par des programmes sociaux et éducatifs axés sur la prévention. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social coordonne des initiatives fédérales dans le domaine de la violence sexuelle à l'égard des enfants.

La violence en milieu familial touche les gens de tout âge — enfants, adultes et personnes âgées — et comprend la violence physique, la négligence et l'agression mentale, affective ou sexuelle. Les femmes sont particulièrement vulnérables. Santé et Bien-être social Canada œuvre main dans la main avec les provinces, les associations professionnelles et le secteur bénévole pour réduire le taux de violence en milieu familial et composer avec ses conséquences. La Direction générale des programmes de service social coordonne les programmes fédéraux et sert de plaque tournante pour les services d'information et de counseling.

On a mis à jour les textes de loi régissant le divorce dans le but de réduire au minimum les sources de stress et les difficultés associées à la dissolution d'un mariage. Les administrations fédérale et provinciales s'appliquent à faire respecter le versement de pensions alimentaires ordonnées par les tribunaux.

La sécurité du revenu pour les familles

Le Canada dispose d'un régime complet de prestations et avantages fiscaux pour les enfants qui aide les familles canadiennes à assumer le coût de la prise en charge des enfants. À l'échelon fédéral, ce régime comporte trois volets — les **Allocations familiales,** le **Crédit d'impôt pour enfants** et les déductions et crédits d'impôt.

Dans le cadre du programme d'**Allocations familiales**, qui relève de la Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, les familles canadiennes (près de 3,7 millions) reçoivent une somme mensuelle pour chaque enfant à charge de moins de 18 ans. Près de 2,4 millions de personnes à revenu faible et moyen, bénéficiaires d'Allocations familiales reçoivent des prestations supplémentaires dans le cadre du programme du **Crédit d'impôt pour enfants**. En outre, le régime fiscal autorise les familles canadiennes à demander des crédits d'impôt et des déductions pour les enfants et autres personnes à charge, ainsi qu'au titre des dépenses liées aux soins dispensés aux enfants. Le régime de prestations et avantages fiscaux pour les enfants s'est modifié de façon à procurer une aide financière accrue aux plus démunis.

Dans le cadre du programme d'**Assurance-chômage**, administré par Emploi et Immigration Canada, les femmes et dans certains cas, les hommes, peuvent prétendre à des prestations de maternité qui peuvent être versées pour une période maximale de 15 semaines autour de la date réelle ou prévue de l'accouchement. Des prestations analogues sont accordées en cas d'adoption.

L'enfant d'un cotisant invalide ou décédé a droit à des prestations dans le cadre du **Régime de pensions du Canada** et du **Régime de rentes du Québec**.

En outre, certaines provinces prévoient d'autres prestations pour les enfants handicapés ou les familles à faible revenu avec enfants. Le Québec administre son propre programme d'**Allocations familiales** qui vient compléter le programme fédéral.

Les aîné(e)s

Environ 11 p.100 de la population canadienne a plus de 65 ans. Le vieillissement de la population est un phénomène qui a touché l'Europe avant le Canada, par contre, la proportion de personnes âgées croît à un rythme plus rapide ici.

Le Canada compte actuellement trois fois plus de personnes âgées qu'il y a 45 ans. Le nombre total devrait tripler d'ici les 45 prochaines années. Le vieillissement de la population s'explique surtout par une diminution du taux de natalité pendant la majeure partie de ce siècle (sauf pendant les années de l'explosion nataliste, soit de 1946 à 1966) et par une diminution du taux de mortalité, surtout parmi les personnes extrêmement âgées.

Voici quelques caractéristiques clés de la population âgée au Canada :

- Les Canadiens ont une longue espérance de vie à la naissance : 80 ans pour les femmes et 73 pour les hommes.
- La population âgée est elle-même en train de vieillir : à l'intérieur du groupe de personnes de plus de 65 ans, la proportion de personnes de plus de 80 ans va en augmentant.
- La proportion de femmes est supérieure à celle des hommes (1,4 contre 1) dans le groupe d'âge des 65 ans et plus; elle l'est encore davantage dans le groupe d'âge des 85 ans et plus (plus de 2 contre 1).
- Cette espérance de vie accrue n'est pas une tendance que l'on observe dans la population autochtone au Canada.
- Quatre-vingt treize pour cent de toutes les personnes âgées vivent dans des maisons privées, bien que le besoin du placement en établissement devienne plus fréquent à mesure que les personnes avancent en âge (seulement trois pour cent des personnes de 65 à 74 ans vivent en établissement contre 17 p.100 des personnes de 75 ans et plus).
- Moins d'une personne âgée sur cinq vit au-dessous de la mesure de faible revenu; les femmes, surtout les veuves, les divorcées ou les célibataires sont plus nombreuses à avoir un faible revenu.
- Le revenu tiré d'un régime public de pensions représente environ la moitié du revenu total des membres du troisième âge; le reste provient des économies, de l'emploi et d'une pension offerte par l'employeur.
- Le niveau d'emploi chez les personnes âgées a diminué sensiblement; seulement sept pour cent des personnes âgées détiennent actuellement un emploi; par contre, un nombre croissant participe activement aux activités communautaires.

À mesure qu'elle grossit, la population âgée canadienne fait davantage valoir ses préoccupations par l'intermédiaire d'un certain nombre de groupes et d'organismes du troisième âge.

La nomination, par le Premier ministre, d'un ministre d'État au Troisième Âge, témoigne de l'importance accordée aux personnes âgées dans la société canadienne et leur offre une tribune. Un Secrétariat au Troisième Âge facilite le travail du Ministre et a pour mandat d'offrir des services d'information, de liaison et de counseling aux services publics et aux groupes qui défendent les intérêts de la population âgée. En outre, c'est à la Direction générale de la politique, des communications et de l'information qu'est centralisée la prestation des services de counseling et d'analyse politique destinés au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et au ministre d'État au Troisième Âge.

Les services destinés aux aîné(e)s

Les soins requis par les personnes âgées sont dispensés en grande partie par les membres de leur famille. Avec les changements survenus dans la société, toutefois, l'aide accordée par les familles a dû être complétée par les services pourvus par la collectivité. On met actuellement au point de nouvelles approches afin de satisfaire aux besoins des personnes âgées et de leur famille. Ces dernières années, on a relégué au second plan les soins hospitaliers de courte durée et les soins prolongés en établissement au profit de mesures de prévention. Au nombre de ceux-ci, on pourrait citer l'adoption d'un programme régulier d'activité physique et l'amélioration de la forme physique et de services de soutien communautaires destinés à aider les personnes âgées à demeurer plus longtemps chez elles.

La création du Secrétariat pour la condition physique du troisième âge, par le biais de la Direction générale de la condition physique et du sport amateur, a beaucoup contribué à rehausser la qualité des programmes de conditionnement physique offerts aux membres de la population âgée du Canada ainsi qu'à accroître la participation de ces derniers à ce genre d'initiatives.

Divers programmes de soins à domicile sont offerts par des organismes bénévoles, des entreprises privées et des administrations provinciales et municipales pour aider à pourvoir aux besoins matériels et émotionnels des membres du troisième âge. Au nombre de ceux-ci, on pourrait citer la livraison de repas à domicile, l'entretien ménager, les services d'aide familiale, les visites, les soins infirmiers, la physiothérapie, le transport adapté, le counseling et l'aide téléphonique. La plupart de ces services sont dispensés en vertu d'une entente de partage de frais conclue entre les provinces et Santé et Bien-être social Canada, dans le cadre du **Régime d'assistance publique du Canada**, administré par la Direction générale des programmes de service social.

Dans certaines villes, les établissements tels que les hôpitaux s'emploient, avec le concours des membres de la famille, les personnes ressources de la collectivité et les groupes de soutien, à élaborer des programmes d'évaluation gériatrique qui visent à permettre aux malades actuellement placés en établissement de réintégrer leur propre foyer.

Les personnes âgées qui ne sont plus en mesure de demeurer chez elles se voient offrir un choix grandissant de solutions de rechange, notamment les foyers de groupe, les centres d'accueil, la cohabitation, les logements protégés, les propriétés viagères, les pavillons-jardins, et les appartements accessoires.

Les personnes âgées incapables de demeurer dans la collectivité ont accès aux soins en établissement dans les foyers pour personnes âgées, les foyers de soins spéciaux, les hôpitaux pour malades chroniques et les unités spéciales implantées dans des établissements de soins actifs.

D'autres avantages tels que les remises accordées aux personnes âgées et le transport et le logement subventionnés, contribuent également au bien-être de nombreux membres du troisième âge. En outre, certaines personnes âgées peuvent avoir droit à des services dispensés par le ministère des Affaires des anciens combattants, notamment des soins médicaux et dentaires, les aides et appareils et les soins à domicile.

Le Programme d'aide à l'autonomie des aîné(e)s finance des projets axés sur la santé, l'éducation ou le service social, qui ont pour objet d'améliorer la qualité de vie des membres du troisième âge. Le programme met l'accent sur les projets communautaires auxquels participent activement les personnes âgées et qui favorisent l'autonomie de vie. Il comprend aussi bien des projets qui peuvent s'étendre sur de nombreuses années que des activités de courte durée telles que des conférences et ateliers. Les projets peuvent être d'envergure locale, régionale ou nationale. Le programme est mis en oeuvre par les bureaux régionaux de la Direction générale des programmes de service social et de la Direction générale des services et de la promotion de la santé.

Le programme **Nouveaux Horizons**, administré par la Direction générale des programmes de service social, incite les Canadiens retraités à participer activement à la vie communautaire. Dans le cadre de ce programme, les groupes de personnes âgées se voient octroyer une aide financière pour la réalisation de projets communautaires conçus et dirigés par eux. Ce genre de projets visent à atténuer le sentiment de solitude, à venir en aide aux familles, à modifier les attitudes, à améliorer la santé physique et mentale et à favoriser les échanges entre personnes âgées. Les activités subventionnées sont très diverses : conditionnement physique, histoire locale, musique et loisirs, halte-accueil, counseling et défense d'intérêts. Près de 28 000 projets ont été subventionnés depuis le lancement du programme en 1972.

La sécurité du revenu pour les aîné(e)s

Le régime canadien de revenu de retraite comporte trois paliers. D'abord il y a les programmes de la sécurité du revenu qui relèvent de Santé et Bien-être social Canada — **Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti** et **Allocation au conjoint** — et divers programmes d'appoint administrés par les provinces.

Viennent ensuite **le Régime de pensions du Canada** et **le Régime de rentes du Québec**. Enfin il y a les pensions privées, les régimes enregistrés déductibles d'impôt et les économies personnelles.

En vertu du programme de la **Sécurité de la vieillesse**, tous les Canadiens de 65 ans et plus, qui répondent aux exigences relatives à la résidence, ont droit à un revenu de base. Ainsi, près de 2,8 millions de personnes âgées reçoivent une prestation mensuelle, peu importe leur revenu. Les retraités qui ne disposent pour ainsi dire d'aucune autre source de revenu reçoivent une aide d'appoint dans le cadre du programme de **Supplément de revenu garanti**. Ce supplément aide à relever le niveau de revenu de ceux qui autrement se retrouveraient dans le besoin.

Les prestations de la Sécurité de la vieillesse représentent environ 15 p.100 du salaire moyen versé dans le secteur de l'industrie, ou 35 p.100 lorsqu'il s'agit du taux le plus élevé accordé aux personnes seules. Dans certaines provinces, les retraités à faible revenu peuvent bénéficier d'autres prestations.

L'Allocation au conjoint est une prestation versée à certaines personnes à faible revenu, de 60 à 64 ans, jusqu'à ce qu'elles deviennent admissibles à la Sécurité de la vieillesse. Ces personnes doivent être soit les conjoints de pensionnés de la Sécurité de la vieillesse, soit des veufs ou des veuves.

Les personnes âgées reçoivent une protection contre la perte de revenu consécutive à la retraite dans le cadre du **Régime de pensions du Canada** et du **Régime de rentes du Québec**, qui font partie intégrante du régime canadien de pensions. La participation à l'un ou à l'autre de ces régimes à base de cotisations est obligatoire pour tous les Canadiens qui détiennent un emploi. Les prestations sont calculées d'après les gains rajustés.

Suite à des changements législatifs apportés récemment au **Régime de pensions du Canada** et au **Régime de rentes du Québec**, l'âge de la retraite est devenu souple, se situant entre 60 et 70 ans, les rajustements du montant de la pension étant faits en conséquence. D'autres modifications ont permis d'améliorer le système pour les femmes : les pensions peuvent désormais être partagées entre les conjoints, les prestations aux survivants continuent d'être versées à la suite d'un remariage et les cotisants ne sont plus pénalisés pour avoir interrompu leur travail afin d'élever leurs enfants de moins de sept ans.

Le tiers des femmes âgées et les trois quarts des hommes âgés bénéficient d'une pension dans le cadre du **Régime de pensions du Canada** et du **Régime de rentes du Québec**. Cet écart s'explique par le fait que bon nombre de femmes maintenant âgées de 65 ans ou plus ne travaillaient pas en dehors de leur foyer et ne cotisaient donc pas aux régimes. Bien que les régimes aient été institués en 1966, ce n'est que depuis 1976 que les bénéficiaires reçoivent des

Figure 6.7 Sécurité financière de base

Remarque : Les prestations de SRG/AC sont versées aux personnes qui n'ont pour ainsi dire peu ou aucune autre source de revenu.

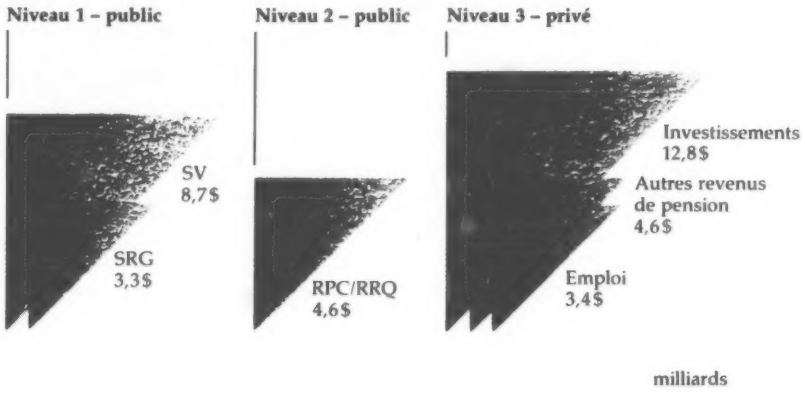
prestations complètes, de sorte que bon nombre de personnes âgées n'étaient pas admissibles aux prestations lorsqu'elles prenaient leur retraite ou n'étaient admissibles qu'à des prestations réduites. Avec le temps, les régimes permettront de mieux répondre aux besoins du retraité moyen en matière de revenu.

De nombreux Canadiens qui ont comme source principale de revenu les prestations de la Sécurité de la vieillesse et comme source d'appoint les prestations du **Régime de pensions du Canada** et du **Régime de rentes du Québec**, comptent également sur leurs ressources personnelles — pension offerte par l'employeur, économies, assurance vie, rentes et investissements — pour mieux vivre leurs années de retraite.

Certains programmes relatifs aux avantages sociaux, notamment les régimes de participation aux bénéfices et les régimes d'épargne, prévoient le versement d'une somme forfaitaire aux participants, souvent au moment de la retraite.

Un peu moins de la moitié de tous les travailleurs au Canada sont protégés par des régimes de pensions offerts par l'employeur. Ces régimes varient énormément. Certains ne prévoient pas de versement de cotisations de la part des employés. Dans les autres cas, le taux de cotisation est soit forfaitaire, soit établi en fonction du niveau des gains. La plupart des pensions privées dont bénéficient les employés avec conjoint sont maintenant versées aux deux, et prévoient l'octroi de prestations de décès pendant la période de la pré-retraite. Toute discrimination fondée sur le sexe dans le calcul des prestations est interdite. D'après les lois fédérales et provinciales en vigueur actuellement, des prestations doivent obligatoirement être accordées au survivant, et, dans la plupart des administrations, même en cas de remariage.

Figure 6.8 Régime de retraite au Canada



Les particuliers désireux de préparer leur retraite par des économies personnelles peuvent souscrire à des régimes enregistrés d'épargne-retraite, de leur propre initiative ou de concert avec leur employeur. Ils peuvent dans une certaine mesure déduire leurs cotisations de leur revenu imposable. Le régime fiscal canadien accorde également aux personnes âgées certains avantages.

Les personnes handicapées

Dans n'importe quel pays, au moins une personne sur dix souffre d'une forme d'incapacité. Parmi les formes les plus courantes figurent l'incapacité physique, la maladie chronique, la déficience mentale et les incapacités sensorielles. Les personnes handicapées font face à de nombreux défis : obtention et maintien d'un emploi, problème d'accès au transport en commun, obstacles architecturaux, absence de soutien adéquat dans les établissements d'enseignement, de logement dans la collectivité, d'aides et d'appareils tels que les fauteuils roulants.

Voici quelques-unes des tendances qui se dessinent quant à la situation des personnes handicapées :

- Cinq pour cent des enfants de 14 ans et moins sont handicapés.
- On signale une incapacité ou plus chez 15 p.100 des adultes de 15 ans et plus.
- Parmi les adultes, le taux d'incapacité augmente avec l'âge, s'élevant à 44 p.100 chez les hommes et à 47 p.100 chez les femmes dans la population âgée de 65 ans et plus.
- La mobilité est un problème qui touche environ les deux tiers des adultes souffrant d'incapacité.
- Le pourcentage de personnes souffrant d'une incapacité varie d'une province à l'autre et est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

Figure 6.9 Nombre de personnes handicapées au Canada, 1986

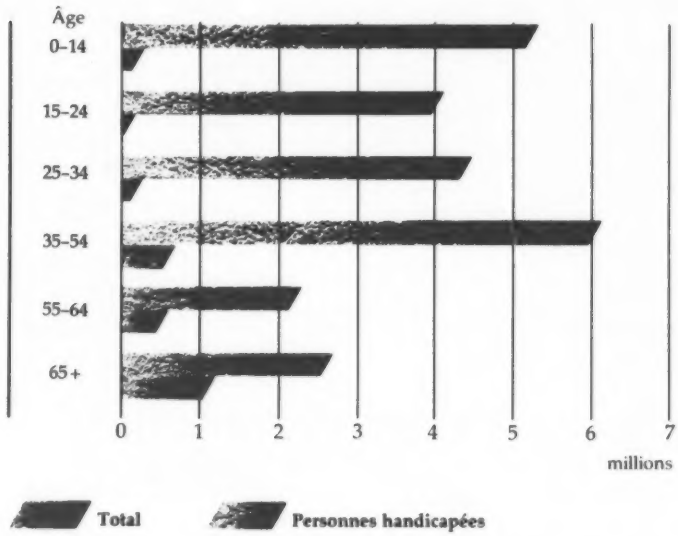
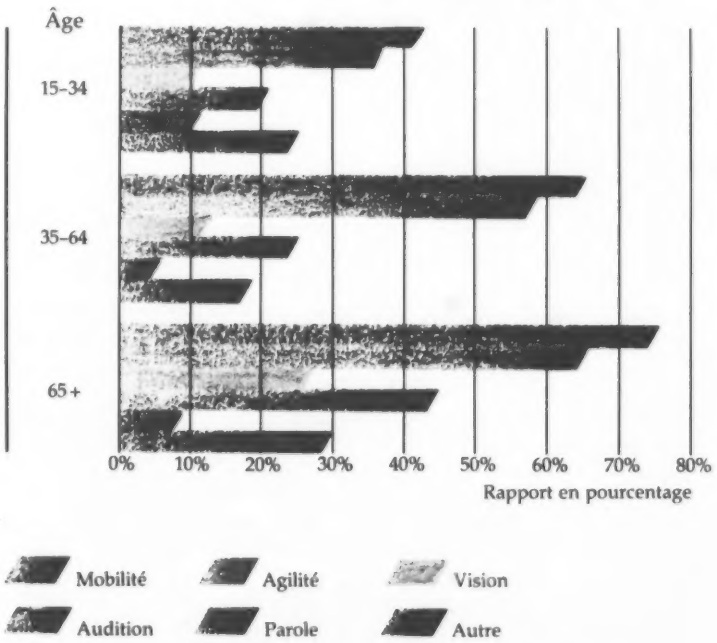
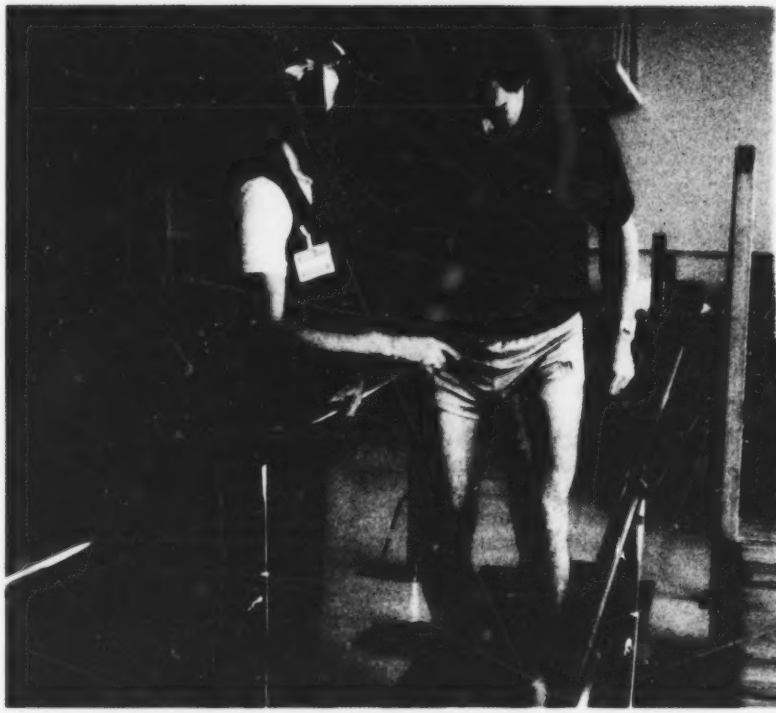


Figure 6.10 Fréquence d'incapacité selon l'âge et le type chez la population adulte invalide, Canada, 1986.



Note: Une personne peut signaler plus d'une cause d'incapacité



- Les adultes qui déclarent souffrir d'une incapacité ont généralement un niveau d'instruction inférieur aux adultes non handicapés; les jeunes personnes qui font état d'une incapacité ont un taux de fréquentation scolaire moins élevé que les jeunes non handicapés.
- Seulement 39 p.100 des personnes handicapées de 15 à 64 ans ayant un domicile privé font partie de la population active, alors que la proportion est de 70 p.100 parmi les non-handicapés.
- Les personnes handicapées ont généralement un revenu inférieur au Canadien moyen.
- Les deux tiers des adultes handicapés déclarent souffrir de plus d'un type d'incapacité.

Ces dernières années, le Canada a répondu aux besoins de la population handicapée de diverses façons :

- désignation du Secrétaire d'État comme Ministre responsable du statut des personnes handicapées,
- création d'un Secrétariat permanent de la condition des personnes handicapées ainsi que d'un Comité permanent du Parlement chargé de la condition des personnes handicapées,
- élargissement de la définition de l'incapacité pour fins d'impôts,
- augmentation sensible des prestations d'invalidité dans le cadre du **Régime de pensions du Canada**,
- promulgation de *la Loi sur l'équité en matière d'emploi* pour promouvoir l'embauche de personnes handicapées dans les organismes de compétence fédérale,
- réalisation d'une enquête nationale sur l'incapacité.

Les services aux personnes handicapées

Le Canada est l'un des pays à l'avant-garde pour le traitement et le soutien accordés aux handicapés. Pendant plusieurs décennies, bon nombre de personnes handicapées ont pu se prévaloir de nouveaux services et de nouvelles possibilités, ce qui a permis leur intégration à l'ensemble de la société.

La grande majorité des Canadiens handicapés ne sont pas placés en établissement. Depuis la fin des années 1970 et l'Année internationale des personnes handicapées (1981), diverses instances ont concerté leurs efforts en vue de permettre aux personnes vivant en établissement de s'intégrer à la collectivité. Dans bien des cas, des programmes complets de soutien communautaire constituent des solutions de rechange efficaces et économiques au placement en établissement.

Les organismes bénévoles et privés ainsi que les provinces et municipalités assurent aux personnes handicapées des services divers de soutien en milieu résidentiel et dans la collectivité, notamment le counseling, l'aide familiale, les soins infirmiers, les services de vigilance par les facteurs et les services d'interprètes

ou d'intervenants. Certains de ces services sont offerts en vertu d'un accord de partage de frais passé avec les provinces par Santé et Bien-être social Canada dans le cadre du **Régime d'assistance publique du Canada**, qui relève de la Direction générale des programmes de service social. Les personnes handicapées peuvent également recevoir des aides et appareils. Les organismes bénévoles s'occupent activement de recueillir des fonds et de diriger des réseaux d'information pour les personnes handicapées.

Les personnes handicapées peuvent également bénéficier de services provinciaux partiellement financés dans le cadre du programme de **Réadaptation professionnelle des invalides** qui relève de Santé et Bien-être social Canada. Ce programme fédéral à frais partagés, administré par la Direction générale des programmes de service social, permet d'offrir des services variés, qui vont de l'évaluation à la formation professionnelle et au placement, en passant par le counseling et les services de rétablissement. Emploi et Immigration Canada offre également aux personnes handicapées des programmes de formation.

La Direction générale des programmes de service social, de concert avec des organismes provinciaux connexes, facilite l'intégration des personnes handicapées à la vie sociale et économique de leur collectivité.

Un des défis à relever en permanence consiste à améliorer l'accès des handicapés aux services dont bénéficient l'ensemble des Canadiens, surtout ceux qui concernent l'autonomie de vie et d'emploi. Il importe en outre de mettre à contribution les personnes handicapées pour faire face à ce défi. La Direction générale met en oeuvre des programmes pilotes pour favoriser de nouvelles initiatives de soutien communautaire. En outre, elle participe à de nombreux projets de concert avec les associations professionnelles, les organismes bénévoles et les associations de personnes handicapées.

Le taux de chômage parmi les personnes handicapées aptes au travail est extrêmement élevé — au moins cinq fois supérieur à celui que l'on observe parmi la population non handicapée — en dépit des efforts déployés par les autorités fédérales et provinciales en vue de préparer les handicapés à intégrer ou à réintégrer le marché du travail. La Direction générale des programmes de service social a mené diverses initiatives, notamment des projets pilotes, des consultations avec les employeurs et des programmes mis en oeuvre en collaboration avec d'autres ministères, pour faire disparaître les stéréotypes négatifs à l'endroit des personnes handicapées et combattre l'anxiété et l'ignorance des employeurs à leur sujet. Tous les ministères fédéraux appliquent actuellement des programmes d'action positive qui visent à accroître les possibilités d'emploi pour les personnes handicapées. De plus,

depuis l'adoption récente par les autorités fédérales d'une législation régissant l'équité en matière d'emploi, toute forme de discrimination à l'endroit des personnes handicapées au moment de l'embauche est interdite.

Ces dernières années, des organismes de défense de personnes handicapées et des associations de handicapés ont insisté sur le droit de ces membres de la population de participer à la prise de décisions à tous les niveaux en ce qui concerne les services de réadaptation et de soutien. Santé et Bien-être social Canada souscrit à ce principe et a élargi le champ de ses progammes de consultation auprès des personnes handicapées et de leurs associations. L'Unité des personnes handicapées du Ministère offre conseils et renseignements.

Les personnes handicapées bénéficient d'autres programmes fédéraux, notamment les programmes de recherche et de développement de Transports Canada qui visent à améliorer l'accès au transport ainsi que les subventions et subsides accordés par la Société canadienne d'hypothèques et de logement pour faciliter l'accès au logement.

La sécurité du revenu pour les personnes handicapées

Les administrations fédérale et provinciales veillent aux besoins financiers des handicapés par le biais de pensions, de déductions d'impôt et de crédits, d'allocations au titre de la formation et d'autres programmes.

La pension d'invalidité offerte dans le cadre du **Régime de pensions du Canada** et du **Régime de rentes du Québec** consiste en une somme forfaitaire versée mensuellement, à laquelle s'ajoute un montant calculé en fonction des gains qui équivaut à 75 p. 100 de la pension de retraite qui serait attribuée à la personne. En outre, le bénéficiaire de la pension d'invalidité peut avoir droit à une somme forfaitaire mensuelle pour un enfant à charge. Les membres ou les ex-membres des Forces armées et les civils ayant servi pendant la Guerre souffrant d'une incapacité peuvent recevoir une pension, et leur conjoint ou leurs enfants peuvent être admissibles à d'autres prestations. Les personnes gravement handicapées peuvent demander un crédit au titre d'une incapacité en vertu du régime fiscal canadien.

Plusieurs programmes provinciaux procurent également du soutien aux personnes handicapées et à leur famille sous la forme d'un modeste revenu annuel garanti et d'une aide financière au titre des dépenses liées à l'incapacité, et certains offrent une aide aux parents désireux de garder un enfant handicapé à la maison plutôt que de le placer en établissement.

Les membres de la population active, victimes d'un accident du travail ou qui souffrent d'une maladie professionnelle, reçoivent un revenu dans le cadre de programmes d'indemnisation des accidentés du travail. Il existe dans toutes les provinces et dans les territoires une législation qui protège les travailleurs et les personnes à leur charge. Ces programmes sont financés par l'employeur et la plupart des industries et des employeurs doivent obligatoirement y souscrire. Les employés fédéraux sont protégés par une législation distincte.

La population à faible revenu

Les Canadiens font partie des peuples les plus favorisés sur le plan du niveau de vie. Par contre, c'est un privilège dont ne jouissent pas tous les Canadiens. L'un des objectifs premiers du régime de soutien du revenu consiste à veiller à ce que tous les Canadiens disposent d'un revenu suffisant pour répondre à leurs besoins essentiels.

Au cours des deux dernières décennies, la proportion des Canadiens à faible revenu est passée de 26 à 15 p. 100, soit d'environ 5 millions à près de 4 millions. Cette diminution est attribuable en grande partie aux améliorations apportées au régime de sécurité sociale, dont l'élargissement de la population cible et l'amélioration du niveau des prestations. C'est surtout dans la population âgée que les familles ont profité de ces nouvelles dispositions.

Au Canada, la proportion de la population à faible revenu est variable :

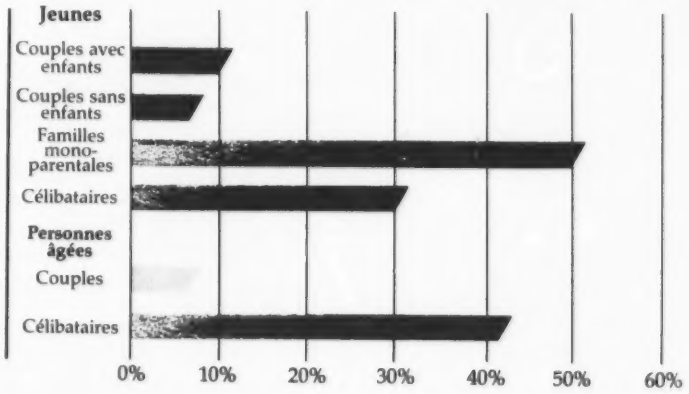
- Parmi les familles, la proportion de gens à faible revenu est la plus élevée dans les familles qui comptent trois enfants ou plus et celles qui ont pour chef la mère (essentiellement les familles monoparentales); elle est la plus faible dans les familles sans enfant, à revenus multiples ou ayant pour chef une personne âgée.
- La proportion de gens à faible revenu est la plus élevée parmi les célibataires, les jeunes, les personnes âgées et les femmes.

Pour la population en âge de travailler, la mesure de faible revenu est fortement rattachée à la possibilité de trouver un emploi. Le pourcentage de chômeurs est proportionnel au pourcentage de gens à faible revenu. Environ 50 p. 100 des célibataires à faible revenu n'ont pas d'emploi, et la proportion de gens à faible revenu parmi les familles dont le chef est sans emploi est deux fois supérieure au pourcentage national.

Comme le chômage est beaucoup plus élevé dans certaines régions du Canada que dans d'autres, le bien-être économique est fortement tributaire de l'emplacement géographique. Par exemple, si l'on compare l'est à l'ouest, le chômage est le plus élevé dans les Maritimes et le plus faible dans le centre et l'ouest canadien, en excluant le cas récent de la Colombie-Britannique. Lorsque l'on compare le nord au sud, quatre Canadiens sur cinq vivent dans des régions urbaines et semi-urbaines dans un rayon de 200 kilomètres de la frontière séparant le Canada des États-Unis. Cette région jouit d'un climat passablement tempéré, d'un niveau d'activité industrielle et commerciale avancé et de normes élevées en matière de transport, de gestion des déchets, d'approvisionnement en eau et de protection de l'environnement. Les résidents ont accès à une infrastructure complète de services de santé et de services sociaux et bénéficient généralement d'un niveau de vie élevé.

La situation est tout autre dans plusieurs collectivités rurales et régions éloignées du Canada, où l'économie repose essentiellement sur le

Figure 6.11 Proportion de personnes à faible revenu, par type de famille, Canada, 1986



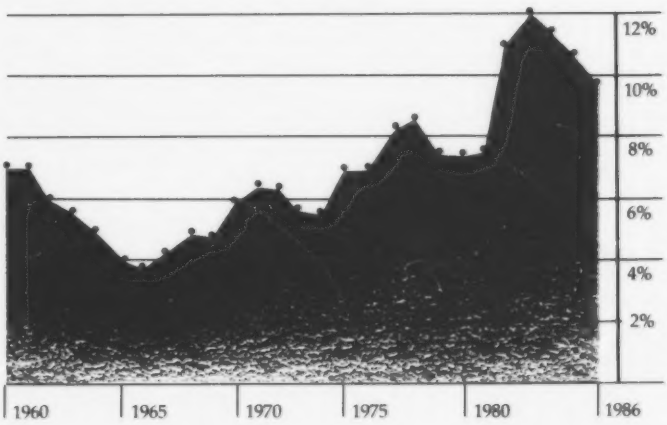
secteur primaire, par exemple la pêche, l'exploitation des forêts, les ressources minières et l'agriculture. Les résidents doivent souvent s'accommoder d'un climat extrême, de l'isolement physique et ont de la difficulté à se loger, à se nourrir et à se vêtir et ont un accès limité aux services de santé et aux services sociaux. En outre, le chômage est un phénomène plus fréquent et plus prolongé.

Les services offerts à la population à faible revenu

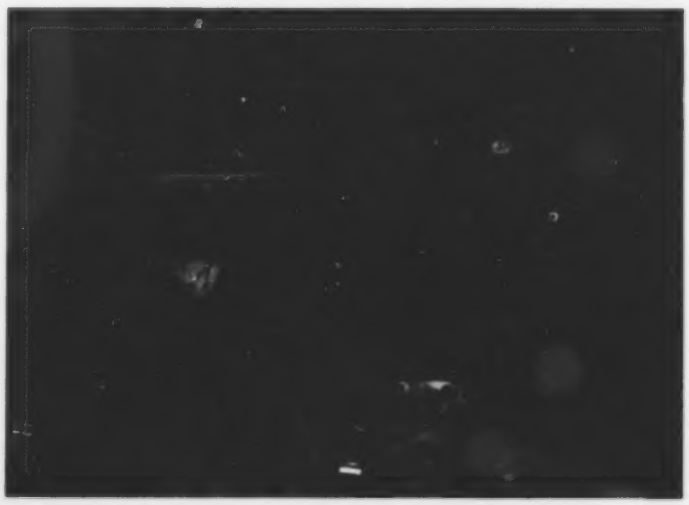
Bon nombre des services de bien-être social offerts aux familles, aux personnes âgées et aux personnes handicapées (par exemple les soins de jour, la réadaptation, l'aide familiale et l'aide à l'emploi) ont pour objet d'aider les personnes à faible revenu. Ces services sont généralement assurés par des organismes bénévoles, des municipalités et des provinces, souvent dans le cadre d'accords de partage des frais conclus avec les provinces par Santé et Bien-être social Canada en vertu du **Régime d'assistance publique du Canada**, qui relève de la Direction générale des programmes de service social.

Étant donné l'importance que revêt un emploi pour le bien-être économique d'une personne, les autorités publiques s'emploient depuis longtemps à venir en aide à la population à faible revenu par le biais de stratégies axées sur le marché du travail. La plus récente est le programme **Planification de l'emploi**, lancé en 1985.

Figure 6.12 Taux de chômage, Canada, 1960-1986



Administré par Emploi et Immigration Canada, ce programme aide les chômeurs canadiens à se préparer aux nouveaux débouchés du marché du travail et à se réintégrer le plus vite possible à la population active. Plutôt que de trouver des solutions provisoires aux fluctuations observées sur le marché du travail, comme c'était le cas par le passé, le programme met l'accent sur la formation et l'expérience requises par chaque personne pour conserver ou trouver un emploi. Un des volets importants du programme, Développement de l'emploi, offre des possibilités de formation hors travail et une expérience professionnelle aux chômeurs de longue date, alors que le volet Intégration professionnelle aide



les jeunes et les femmes à faire la transition entre l'école ou la maison et le milieu du travail. Le programme tient également compte de la diversité des besoins des régions sur le plan des débouchés.

De plus, en 1985, les autorités fédérales, provinciales et territoriales ont conclu un accord triennal pour rehausser l'employabilité des assistés sociaux. Les fonds qui autrement auraient été versés à ces derniers dans le cadre du **Régime d'assistance publique du Canada** peuvent ainsi servir à accroître leur participation au programme **Planification de l'emploi** ou à des programmes provinciaux du même genre, ce qui leur permet d'acquérir une plus grande autonomie.

La sécurité du revenu pour la population à faible revenu

Le régime canadien de sécurité du revenu aide les personnes à faible revenu essentiellement par le biais de prestations d'assistance sociale, de supplément de revenu et de prestations et avantages fiscaux pour les enfants, sans compter les prestations d'assurance-chômage.

Les Canadiens qui perdent leur emploi et ont cotisé à l'assurance-chômage, peuvent recevoir des prestations dans le cadre du **Programme d'assurance-chômage** qui relève d'Emploi et Immigration Canada. Le taux des prestations correspond à 60 p. 100 des gains découlant du précédent emploi, jusqu'à concurrence d'un montant maximal, et les prestations sont versées pendant une période d'au plus 50 semaines par année, selon le nombre de semaines de travail et le taux régional de chômage. Le programme est financé à l'aide des cotisations versées par les employeurs et les employés, et d'une contribution de l'administration fédérale.

Malgré l'accès généralisé aux prestations d'assurance-chômage, les Canadiens peuvent malgré tout être dans le besoin parce qu'ils sont incapables de travailler, ont été au chômage pendant un certain temps ou touchent un revenu extrêmement faible. Ces personnes peuvent être admissibles aux prestations de programmes provinciaux d'assistance sociale, qui font l'objet d'accords de partage des frais conclus par Santé et Bien-être social Canada dans le cadre du **Régime d'assistance publique du Canada**. L'assistance sociale vise à couvrir les coûts associés aux besoins essentiels d'un ménage lorsque toutes les autres ressources financières sont épuisées. Les assistés sociaux sont pour la plupart des personnes handicapées, des familles monoparentales, des chômeurs et des membres du troisième âge. Outre l'aide financière, les candidats sont admissibles à un bon nombre d'avantages tels que les soins de santé, les soins dentaires et ophtalmiques et les médicaments d'ordonnance. Depuis le début des années 80, de 5 à 8 p. 100 des Canadiens ont reçu régulièrement des prestations d'assistance sociale à un moment donné.

Dans le cadre du **Programme des allocations de guerre aux anciens combattants et aux civils**, qui relève du ministère des Affaires des anciens combattants, les personnes qualifiées qui, en raison de leur âge ou d'une incapacité, sont inaptes au travail ou ont un revenu insuffisant, ont droit à des allocations. Dans certaines provinces, les résidents à faible revenu ou les assistés sociaux peuvent également être admissibles à des suppléments de revenu, à une assistance-logement et à des crédits d'impôt au titre de leurs biens immobiliers.

Ainsi que nous l'avons décrit dans la partie sur les familles, le réseau de prestations et avantages fiscaux pour les enfants aide les Canadiens, surtout les défavorisés, à assumer le coût de la prise en charge des enfants.

La recherche nationale, la coopération internationale

Le Canada s'est valu une réputation mondiale pour ses programmes novateurs et ses idées d'avant-garde dans les domaines de la santé et du bien-être social. Cette renommée repose en grande partie sur la place de choix réservée à la recherche en santé et en bien-être social depuis des années.

Il n'existe au Canada aucun organisme de l'État qui soit exclusivement mandaté dans le domaine de la recherche. À l'échelon fédéral, trois conseils sont chargés de l'octroi de bourses de recherches aux universitaires, et un certain nombre de ministères réalisent ou financent des travaux de recherche dans leurs domaines respectifs de responsabilité. En outre, un certain nombre de provinces ont créé des organismes ou programmes qui favorisent la recherche scientifique.

À l'échelon fédéral, la promotion de la recherche en santé relève essentiellement du Conseil de recherches médicales (CRM) qui accorde des subventions aux centres canadiens des sciences de la santé, au titre des recherches biomédicales et cliniques, et de Santé et Bien-être social Canada, qui s'occupe à la fois de mener et de financer des recherches liées à la santé publique et aux services de santé dans le cadre de la législation et des programmes appliqués par le Ministère. Pour encourager les recherches extra-muros sur la santé, le Ministère fait appel au **Programme national de recherche et de développement en matière de santé** (PNRDS), administré par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, qui offre un soutien financier aux universités, aux hôpitaux ainsi qu'aux organismes bénévoles et professionnels des quatre coins du Canada.

Les priorités de financement en matière de recherche du PNRDS sont tributaires d'un grand éventail de programmes et d'intérêts ministériels, y compris ceux de la Direction générale des services médicaux et de la Direction générale de la protection de la santé. À l'heure actuelle, l'accent est mis sur la recherche concernant l'organisation et la prestation de services de santé, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, l'évaluation des risques pour la santé liés à l'environnement; sur la réintégration des personnes handicapées; sur la santé des autochtones et sur la lutte contre les maladies transmissibles. Outre les projets de recherche, les études et les projets pilotes, le PNRDS finance la formation et le perfectionnement des spécialistes de la recherche en santé.

L'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, fondé en 1981 par la Direction générale de la condition physique et du sport amateur, entreprend des enquêtes et des projets de recherche dans deux domaines d'intérêt vital : la condition physique et les habitudes de vie.

Au chapitre du bien-être social, le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) apporte un appui financier important à une variété de recherches universitaires sur des questions sociales très diverses.

En outre, le **Programme de subventions nationales au bien-être social** (PSNBS), qui relève de la Direction générale des programmes de service social, octroie des contributions au chapitre de projets de recherche et de démonstration visant à mettre à l'essai des concepts et des services nouveaux dans les secteurs intéressant les autochtones, les personnes âgées, les indigents, les personnes handicapées, les enfants et les familles. Le PSNBS accorde également son appui financier au développement professionnel dans les domaines de la recherche, l'enseignement et l'administration par le truchement des programmes de **Bourses de recherches supérieures en bien-être social** et de **Bourses de perfectionnement en bien-être social**.

À l'instar du PNRDS, le PSNBS s'intéresse au milieu universitaire sans se limiter à celui-ci, et accorde une bonne part de ses crédits de recherches aux gouvernements provinciaux, aux organismes de services sociaux et autres semblables. Un appui financier est également offert aux organismes bénévoles nationaux de service social dans le but de favoriser la recherche sociale d'importance nationale.

Divers autres ministères et organismes fédéraux montrent aussi un intérêt pour la santé et les questions sociales, et peuvent compter sur la collaboration de Santé et Bien-être social Canada dans le cadre des efforts menés dans des domaines d'intérêt réciproque. On pourrait à cet égard citer le secteur de la réadaptation des Canadiens handicapés : le Secrétariat d'État est le ministère responsable des personnes handicapées, et le Conseil national de recherches du Canada appuie et mène des recherches dans le domaine des aides techniques pour les personnes handicapées.

De plus, ces dernières années, le gouvernement canadien a octroyé un supplément de crédits au titre de recherches spéciales dans les domaines suivants : le sida, les agressions sexuelles à l'égard des enfants, la violence en milieu familial et l'abus de l'alcool et des drogues. Le **Programme de recherche axé sur l'autonomie des aîné(e)s** (PRAA) traite des maladies qui portent atteinte à l'autonomie de cette population. La première série de projets visera avant tout à favoriser une meilleure compréhension de l'ostéoporose et de la maladie d'Alzheimer. Les questions abordées dans le cadre de recherches rendent compte des approches actuelles en matière de qualité de vie et de la façon dont les autres besoins sont comblés aux chapitres de la santé et du service social.

Étant donné que les changements internes dans la taille, la structure et la répartition de la population canadienne pourraient influer énormément sur la prestation de services de santé et de bien-être social, l'administration fédérale a aussi entrepris une étude démographique pluridisciplinaire, coordonnée par un secrétariat qui rend compte au Cabinet par l'intermédiaire du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

À l'intérieur du Ministère, la Direction générale de la politique, des communications et de l'information effectue des recherches et des analyses dans le domaine de la politique sociale, élabore des réseaux d'information, offre des conseils sur l'élaboration de politiques, les questions et tendances pertinentes, et veille à la coordination et à la diffusion des politiques ministérielles.

Santé et Bien-être social Canada entretient des liens étroits avec la collectivité internationale, par le biais de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Secrétariat du Commonwealth, le Fonds international des Nations Unies pour le secours de l'enfance (FISE) et l'Association internationale en matière de sécurité sociale (AISS), pour n'en nommer que quelques-uns.

Santé et Bien-être social Canada travaille aussi en étroite collaboration avec les Nations Unies dans le cadre de diverses initiatives liées à la santé et aux affaires sociales.

De plus, le Ministère pourvoit en partie aux besoins en santé et en service social des pays en voie de développement par son aide au Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

La Direction générale des affaires intergouvernementales et internationales de Santé et Bien-être social Canada coordonne les questions de liaison internationale dans le domaine de la santé et des affaires sociales et administre un centre de données sur les tendances, questions et événements internationaux.

Le Ministère accueille des délégations internationales, favorise les échanges internationaux entre les universitaires et participe à des conférences internationales qui regroupent des professionnels venus de tous les coins du monde.

Le Canada a conclu un certain nombre d'accords bilatéraux et d'accords de coopération avec d'autres pays pour atteindre des objectifs communs, par exemple la lutte contre les substances dangereuses, et contre le trafic des stupéfiants et le dépistage précoce des maladies transmissibles. De plus, il a signé avec de nombreux pays des accords de réciprocité en matière de sécurité sociale qui aident les immigrants et émigrants à réunir les conditions d'admissibilité aux pensions selon leur période de résidence ou de travail dans chaque pays. Ces ententes ont aussi pour effet de supprimer les restrictions fondées sur la nationalité, qui peuvent empêcher les Canadiens de recevoir une pension en vertu de la législation d'un autre pays.

Le Bureau d'adoption de la Direction générale des programmes de service social offre des services de consultation et de coordination aux provinces dans le domaine des adoptions internationales et interprovinciales. Il oeuvre avec des pays tels que la Corée, Hong Kong, les Philippines, le Brésil et Haïti. Le Canada joue également un rôle dans la promotion du code de l'Organisation mondiale de la Santé sur la commercialisation des substituts du lait maternel.

Les organismes canadiens oeuvrent étroitement avec les laboratoires et d'autres organisations implantés partout dans le monde afin de prévenir et de diagnostiquer les maladies et d'établir leur étiologie. Des organisations telles que le Conseil consultatif national du sida, l'Institut national du cancer du Canada et le Conseil de recherches médicales participent à de nombreuses initiatives internationales de coopération, notamment des recherches internationales sur le sida coordonnées par l'Organisation mondiale de la Santé.

En ce qui concerne l'industrie des soins de santé, la Direction générale de la protection de la santé exerce un contrôle sur les produits canadiens tels que les vaccins et le matériel et les appareils diagnostiques et thérapeutiques, pour faire en sorte que les produits canadiens ne contribuent pas aux problèmes de santé d'autres pays. Parallèlement, la Direction générale s'assure que les fabricants et distributeurs d'autres pays respectent les normes fondamentales de sécurité.

À l'instar de tous les autres peuples du monde, les Canadiens aspirent à améliorer leur propre niveau de santé et de bien-être social. Ensemble, ils s'efforcent de procurer à tous du soutien en matière de santé et de bien-être social, d'accroître leurs connaissances et leur compétence par des travaux de recherche et des initiatives internationales. Tout progrès accompli par le Canada ne peut que contribuer à la réalisation des objectifs universels de santé et de prospérité.

Des exemplaires de ce document peuvent être obtenus en s'adressant à :

Services de distribution des publications
Santé et Bien-être social Canada
5e étage, Immeuble Brooke-Claxton
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. (613) 957-2990

Veuillez faire parvenir toute demande de renseignements concernant ce répertoire à l'adresse suivante:

Section des services d'information
Direction des systèmes d'information
Direction générale de la politique, des communications et de l'information
Santé et Bien-être social Canada
Pièce 1230
Immeuble Brooke-Claxton
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. (613) 957-3046

Photos

Masterfile : page couverture (gauche), p. 1 (haut), p. 3, p. 21, p. 24.
Approvisionnements et Services Canada, Centre de la photo : p. 1 (bas), p. 17, p. 32, p. 38.
Bob Herger, Photo-Graphic Ltd., Vancouver C.-B. : p. 2.
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa — Hôpital Civic d'Ottawa : p. 5. (L'appareil Excimer à laser a été mis au point en collaboration avec Lumonics Ltd. et le Conseil national de recherches du Canada pour utilisation en chirurgie cardiaque, 1987), p. 9 (Première transplantation d'un coeur artificiel au Canada, mai 1986 — photo : Dr. Roy Masters).
Toutes les autres photos ont été fournies par ***Santé et Bien-être social Canada.***